

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ на 2021 год

г. Барнаул

30.12.2020

Министерство здравоохранения Алтайского края:

Д.В. Попов
К.В. Гордеев

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края:

М.Д. Богатырева
Е.П. Корчуганова

Общественная организация «Медицинская палата Алтайского края»:

Я.Н. Шойхет
А.Ф. Лазарев

Алтайская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации:

И.А. Смирнова
Н.В. Максимова

Алтайский филиал ООО «Страховая медицинская компания «РЕСО – Мед»:

Е.А. Осипов

Филиал ООО «Капитал МС» в Алтайском крае:

С.Н. Шкуратова

Стороны заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Тарифное соглашение заключается между Министерством здравоохранения Алтайского края, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Алтайского края, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со [статьей 76](#) Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Предметом Соглашения являются согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам в Алтайском крае в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе ОМС Алтайского края осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, правовыми актами Алтайского края, настоящим Тарифным соглашением и решениями Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

В соответствии с пунктом 20 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющегося Приложением №1 к Правилам обязательного медицинского страхования, настоящее Тарифное соглашение является обязательным для всех участников обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края.

Тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию. Перечень заболеваний, виды, условия, формы и объемы предоставления

медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств обязательного медицинского страхования, определяются Территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, являющихся участниками обязательного медицинского страхования на территории Алтайского края.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами обязательного медицинского страхования.

Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания лечения.

Основные термины и определения:

Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Алтайского края и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

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

Медицинские организации в сфере ОМС – организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – МО).

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 ч.3).

Подушевой норматив финансирования МО – показатель, отражающий размер средств на осуществление затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

Посещение с профилактической целью – оказание медицинской помощи лицам без признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, с целью проведения мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения, прогрессирования, распространения заболеваний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития.

Посещение по неотложной помощи – оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной или круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме.

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, с учетом других предусмотренных параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).-

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях/ условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС.

2. Способы оплаты медицинской помощи

В соответствии с Программой ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Алтайском крае:

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
 - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц);
 - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);
 - 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, а

также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО (за единицу объема медицинской помощи).

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

4. При оплате медицинской помощи в МО, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи (за исключением расходов на 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности МО включая показатели объема медицинской помощи.

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.1.1. Оплата 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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО (за единицу объема медицинской помощи).

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических

исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), представлен в **Приложении 1**.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) включаются объемы первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в плановой форме.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются посещения с профилактической и иными целями, комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения для проведения диспансеризации, обращения по поводу заболевания.

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание в амбулаторных условиях первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, за исключением медицинской помощи, оказанной в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами, расходы на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включены:

- средства, направляемые на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- средства, направляемые на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), исходя из численности граждан, застрахованных СМО и прикрепленных к данной МО (далее - прикрепленное население) на первое число месяца, за который осуществляется оплата, и дифференцированного подушевого норматива МО. Численность устанавливается по результатам информационного обмена между МО, СМО и Территориальным фондом ОМС при формировании и актуализации регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц, прикрепленных к МО, регламент которого утвержден приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 20.12.2013 г. № 843.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования по каждой МО определяется исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится МО, половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива и коэффициента дифференциации на прикрепившихся лиц применяемых в отношении

медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями) (**Приложение 9**).

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

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

$КД_{от}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии).

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

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

Перечень структурных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек представлен в **Приложении 9**.

Итоговый объем финансового обеспечения МО по подушевому нормативу определяется с учетом стимулирующей части.

Размер средств на стимулирующую часть составляет 1 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Расчет стимулирующей части осуществляется при выполнении медицинскими организациями показателей результативности деятельности **(Приложение 9)**.

Условием участия в стимулировании является выполнение МО плановых объемов амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактической и иными целями, обращениям по поводу заболеваний и посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме не менее 95%.

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших 100% показателей результативности ($K_{mo100\%}$) осуществляется по формуле:

$$K_{mo100\%} = K_{mo} \times 1,1 + I;$$

K_{mo} - коэффициент стимулирования за период;

1,1 – повышающий коэффициент для МО, выполнивших 100% показателей результативности;

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших не менее 80% показателей результативности ($K_{mo (не_менее_80\%)}$) осуществляется по формуле:

$$K_{mo (не_менее_80\%)} = K_{mo} + I;$$

Коэффициент стимулирования за период осуществляется по формуле:

C – стимулирующая часть подушевого финансирования;

$Пф_{i 100\%}$ – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей 100% показателей результативности;

$Пф_{i (не_менее_80\%)}$ – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей не менее 80% показателей результативности.

Территориальный фонд ОМС ежемесячно осуществляет оценку показателей и расчет коэффициента стимулирования, который доводится до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом стимулирующей части, а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

Стимулирование МО, внедряющих новую модель МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства

Для МО, внедряющих новую модель МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (*далее – «Бережливая поликлиника»*) итоговый объем финансового обеспечения по подушевому нормативу за декабрь месяц определяется с учетом стимулирующей части, а также с учетом стимулирующих выплат за достижение показателей результативности, установленных в Методических рекомендациях «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2019.

Размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» составляет 1 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за декабрь месяц медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

МО получает стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» в случае выполнения всех показателей, установленных **Приложением 9**.

Коэффициент стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» ($K_{бп}$) осуществляется по формуле:

Сбп – размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники»;

Пф(бп)_i – размер подушевого финансирования *i* МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства достигшей показателя результативности деятельности «Бережливой поликлиники».

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, результаты оценки показателей результативности передаются в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС для осуществления стимулирующих выплат МО по итогам года. Территориальный фонд ОМС осуществляет расчет стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», которые доводятся до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО за декабрь месяц с учетом стимулирующей части, стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

2.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

Финансовое обеспечение расходов МО, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в **Приложении 3**.

Оплата за единицу объема медицинской помощи применяется также в случае оказания медицинской помощи лицу, застрахованному за пределами Алтайского края. **Приложение 9**.

Тариф включает расходы, обеспечивающие лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Единицами объема медицинской помощи в целях оплаты являются:

1. Посещения с иными целями.

Посещения в течение дня пациентом врача одной и той же специальности считаются одним посещением.

2. Посещение в неотложной форме (в отделениях/кабинетах, врачебных амбулаториях, ФАП, травмпунктах, приемном отделении стационара без последующей госпитализации). Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в медицинской документации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации». Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

3. Обращение по поводу заболевания.

Учет обращений осуществляется на основе Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, утвержденного Приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н.

4. Медицинские услуги:

4.1. Услуги диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Оплата услуг диализа производится по тарифам, рассчитанным с учетом применения коэффициентов относительной затроемкости к установленным базовым тарифам на услуги: А18.05.002 «Гемодиализ» и А18.30.001 «Перитонеальный диализ».

4.2. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы,

эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

4.3. Случай лечения с использованием методов лазерного воздействия (фокальная лазерная коагуляция глазного дна, панретинальная лазеркоагуляция).

4.4. Консультативно-диагностические услуги (за исключением 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).

Оплата консультативно-диагностических медицинских услуг, а также медицинских услуг, оказываемых КГБУЗ «Алтайский врачебно-физкультурный диспансер», осуществляется СМО в рамках межучрежденческих расчетов за единицу объема медицинской помощи по установленным в сфере ОМС тарифам.

Порядок взаимодействия МО при направлении пациентов в другие МО устанавливает Министерство здравоохранения Алтайского края.

Перечень МО-исполнителей, оказывающих консультативно-диагностические услуги, перечень медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств ОМС в рамках межучрежденческих расчетов, а также тарифы представлены в **Приложении 9**.

Стоимость консультативно-диагностических услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (в случае

оказания консультативно-диагностических услуг в рамках стационарного лечения).

При оказании медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ, межучрежденческие расчеты по консультативно-диагностическим услугам не проводятся, оплата осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

4.5. Медицинская услуга стоматологического профиля.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам с учетом УЕТ (условная единица трудоемкости) в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации. Перечень медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях представлен в **Приложении 9**.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в **Приложении 4**.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в **Приложении 5**.

Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара, на основе клинико-статистических групп заболеваний осуществляется за случай лечения.

2.2.1. Основные подходы к отнесению случая к КСГ.

В качестве критериев группировки при формировании КСГ используются:

- диагноз (код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10));

- хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017г. № 804н (далее – Номенклатура)), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- возрастная категория пациента
- сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- пол пациента;
- длительность лечения;
- этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
- показания к применению лекарственного препарата;
- объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- степень тяжести заболевания.

Отнесение случаев оказания медицинской помощи к КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» осуществляется по коду иного классификационного критерия «plt», отражающего наличие травмы в двух и более анатомических областях (голова/ шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности), множественную травму и травму в

нескольких областях тела, и коду МКБ 10 дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния.

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

КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими геронтологические профильные койки.

Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» может быть подано на оплату только медицинскими организациями, имеющими лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

2.2.2. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в **Приложении 10, 11.**

Если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и/или проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3 дней – 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и/или тромболитическая терапия, не проводились случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ при лечении детей в возрасте до 4-х лет, 20% от стоимости – для остальных возрастных категорий пациентов.

- при длительности лечения более 3 дней – 80% от стоимости КСГ, независимо от возраста пациента.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.3. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая.

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

При этом, если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью. Если случаи лечения имеют одинаковую стоимость, производится оплата случая с более ранними сроками лечения.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной МО по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

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

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

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

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течении 6 к/дней и более с последующим родоразрешением (КСГ: st02.001 и st02.003; st02.001 и st02.004). При этом оплата по двум КСГ возможна в

случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 к/дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;

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

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

В стационарных условиях в стоимость КСГ, предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

По каждому случаю, указанному в п.2.2.3, проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.2.4. Регламентация применения КСЛП

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации при оказании стационарной медицинской помощи осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 к/дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 к/дней. Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (**Приложение 10**). По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Оплата случаев лечения пациентов старше 75 лет в круглосуточном стационаре (кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки) осуществляется с применением коэффициента сложности лечения пациента, учитывающего сложность лечения, связанную с возрастом.

С применением коэффициента сложности лечения пациента оплачиваются случаи проведения в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ, а именно:

- сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией;
- сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;
- сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;
- сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения;
- выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии;
- выполнение в рамках одной госпитализации лучевой терапии различных методик лучевой терапии, а также облучение двух зон (локализаций).

2.2.5. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа.

Оплата медицинской помощи с применением методов диализа, оказанной в условиях стационара, осуществляется за случай лечения. При

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

- в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа (с учетом количества фактически выполненных услуг) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации. При этом к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам, стоимость услуг диализа представлены в **Приложении 9**. Поправочные коэффициенты: КУС, КСЛП, КУ распространяются только на КСГ.

2.2.6. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляется по тарифам за законченный случай лечения в пределах объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным разделом I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС. Если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует разделу I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

При направлении в МО с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования. После оказания ВМП, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, представлен в **Приложении 6**.

Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой станциями и отделениями скорой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, осуществляется по подушевым нормативам финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Перечень МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи представлен в **Приложении 7**.

Объем подушевого финансового обеспечения МО, оказывающей скорую медицинскую помощь вне МО, определяется исходя из:

- базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;

- интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;

- численности застрахованных лиц, обслуживаемых данной МО. Численность обслуживаемого населения определяется на первое число месяца, за который осуществляется оплата.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой МО и включает половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей МО, коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание МО (Приложение 9).

Дополнительно по отдельному тарифу производится оплата вызова бригады скорой медицинской помощи в случае проведения тромболитизиса при остром коронарном синдроме.

Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи устанавливаются в зависимости от профиля бригады скорой медицинской помощи, осуществившей вызов – врачебная, фельдшерская, анестезиолого-реанимационная (неонатальная, акушерская).

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Алтайского края, осуществляется по тарифам за выполненный вызов.

2.4. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью

диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяется в ЦРБ 1-го уровня оказания медицинской помощи, имеющих прикрепленное население, в составе которых имеются подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) (**Приложение 2**).

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включаются объемы первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в плановой форме и неотложной форме, и специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой, экстренной и неотложной формах.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются посещения с профилактической и иными целями, комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения для проведения диспансеризации, обращения по поводу заболевания, посещения по неотложной форме, специализированной – случаи госпитализации в круглосуточном стационаре и случаи лечения в дневном стационаре.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается СМО, исходя из численности граждан, застрахованных СМО и прикрепленных к данной МО на первое число месяца, за который осуществляется оплата, и дифференцированного подушевого норматива МО. Численность устанавливается по результатам информационного обмена между МО, СМО и Территориальным фондом ОМС при формировании и актуализации регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц, прикрепленных к МО, регламент которого утвержден приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 20.12.2013 г. № 843

Дифференцированный подушевой норматив финансирования для каждой МО определяется в части амбулаторной помощи исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится МО, половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива, рассчитанного для соответствующей МО и коэффициентов дифференциации на прикрепившихся лиц, применяемых в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями), а также в части медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара и дневного стационара исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива, рассчитанного для соответствующей МО и коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание МО (**Приложение 9**).

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют

условиям применения коэффициента дифференциации, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{OT}^i = (1 - e D_{OTj}) + e (КД_{OTj} \cdot \Gamma D_{OTj}), \text{ где}$$

$КД_{OT}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии).

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

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

Перечень структурных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек представлен в **Приложении 9**.

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, за исключением медицинской помощи, оказанной в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами, расходы на финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, специализированной медицинской помощи, оказываемой

врачами-специалистами. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включены:

- средства, направляемые на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- средства, направляемые на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья.

Итоговый объем финансового обеспечения МО по подушевому нормативу определяется с учетом стимулирующей части.

Размер средств на стимулирующую часть составляет 1 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Расчет стимулирующей части осуществляется при выполнении медицинскими организациями показателей результативности деятельности **(Приложение 9)**.

Условием участия в стимулировании является выполнение МО плановых объемов амбулаторной медицинской помощи по посещениям с профилактической и иными целями, обращениям по поводу заболеваний, посещениям при оказании медицинской помощи в неотложной форме, случаев госпитализации в круглосуточном стационаре и случаев лечения в дневном стационаре не менее 95%.

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших 100% показателей результативности ($K_{mo100\%}$) осуществляется по формуле:

$$K_{mo100\%} = K_{mo} \times 1,1 + 1;$$

K_{mo} - коэффициент стимулирования за период;

1,1 – повышающий коэффициент для МО, выполнивших 100% показателей результативности;

Расчет коэффициента стимулирования МО, выполнивших не менее 80% показателей результативности (K_{mo} (не_менее_80%)) осуществляется по формуле:

$$K_{mo} \text{ (не_менее_80\%)} = K_{mo} + 1;$$

Коэффициент стимулирования за период осуществляется по формуле:

C – стимулирующая часть подушевого финансирования;

$Пф_i$ 100% – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей 100% показателей результативности;

$Пф_i$ (не_менее_80%) – размер подушевого финансирования i МО, выполнившей не менее 80% показателей результативности.

Территориальный фонд ОМС ежемесячно осуществляет оценку показателей и расчет коэффициента стимулирования, который доводится до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом стимулирующей части, а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

Стимулирование МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

Для МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства итоговый объем финансового обеспечения по подушевому нормативу за декабрь месяц определяется с учетом стимулирующей части, а также с учетом стимулирующих выплат за

выполнение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» по итогам года.

Размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» составляет 0,5 % от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров за декабрь месяц медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

МО получает стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» в случае выполнения всех показателей результативности, установленных

Приложением 9.

Коэффициент стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» ($K_{бп}$) осуществляется по формуле:

$S_{бп}$ – размер средств на стимулирующие выплаты за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники»;

$P_{ф(бп)_i}$ – размер подушевого финансирования i МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства достигшей показателя результативности деятельности «Бережливой поликлиники».

Оценка показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники» осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, результаты оценки показателей результативности передаются в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС для осуществления стимулирующих выплат МО по итогам года. Территориальный фонд ОМС осуществляет

расчет стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», которые доводятся до СМО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО за декабрь месяц с учетом стимулирующей части, стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности «Бережливой поликлиники», а также суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов.

2.5. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет на 2021 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 791,78 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1159,27 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1836,58 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2062,31 тыс. рублей,

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей – 2062,31 тыс. рублей.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в МО, рассчитывается с учетом числа фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = e_n \left(Ч_{\text{ФАП}}^n \cdot \Gamma_{\text{ФРО}}^n \cdot \Gamma_{\text{ПК}}^n \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

$Ч_{\text{ФАП}}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$\Gamma_{\text{ФРО}}^n$ размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;

$\Gamma_{\text{ПК}}^n$ поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого населения, размер финансового обеспечения и размер поправочного коэффициента представлен в **Приложении 9**.

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется СМО ежемесячно исходя из численности застрахованных граждан, обслуживаемых данными подразделениями по состоянию на 01.01.2021 г., из расчета 1/12 от размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на год.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе МО и установленного в настоящем разделе размера их финансового обеспечения.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в Программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и методикой, установленной Правилами ОМС, с учетом затрат МО, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности МО в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи, мощности МО, территориальной удаленности, фактически оказанных объемов медицинской помощи и плановых показателей на 2021 год.

Тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату определены с учетом достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников по «дорожной карте» и включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

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

медицинским работникам фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях; врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Тарифы возмещают затраты МО, связанные с оказанием медицинской помощи по Программе ОМС в соответствии с установленной структурой тарифа.

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 3 682,58 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях и оплачиваемая по подушевому нормативу финансирования, в том числе с учетом дифференцированных половозрастных коэффициентов (**Приложение 9**).

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- 0-1 год мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-64 года мужчины/женщины;
- 65 лет и старше мужчины/женщины.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского

инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, обращение), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, проводимым, в том числе, мобильными бригадами, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 9**.

В случае проведения мобильными медицинскими бригадами полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, применяются повышающие коэффициенты к установленным тарифам в размере 1,05.

Для федеральных МО, оказывающих медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов РФ, устанавливается повышающий коэффициент к стоимости единицы объема медицинской помощи в размере 1,4.

3.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо составляет 6 272,30 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара, оплачивается за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССкст) определяется по следующей формуле:

$$\text{ССкст} = \text{БСст} * \text{КЗкст} * \text{ПК}, \text{ где}$$

БСст – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях круглосуточного стационара с учетом коэффициента дифференциации (1,147), рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462;

КЗкст - коэффициент относительной затратоемкости по конкретной клинико-статистической группе, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к базовой ставке (устанавливается на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне)

$$\text{ПК} = \text{КУкст} * \text{КУСмо} * \text{КСЛП}, \text{ где}$$

КУкст - управленческий коэффициент по конкретной клинико-статистической группе, установленный для стационарной помощи;

КУСмо - коэффициент подуровня оказания стационарной медицинской помощи, устанавливаемый для МО в рамках уровня оказания медицинской помощи;–

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента:

а) КСЛП, учитывающий сверхдлительные сроки госпитализации. Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных к/дней:

, где
 $K_{дл}$ – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов (0,25);

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

б) КСЛП, учитывающий сложность лечения, связанную с возрастом пациента (старше 75 лет) – 1,13.

в) КСЛП, учитывающий проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ – 1,8.

Расчет суммарного значения КСЛП при наличии нескольких критериев производится по формуле:

$$КСЛП_{сумм} = КСЛП_1 + (КСЛП_2 - 1) + (КСЛП_n - 1).$$

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

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в **Приложении 8**.

Оплата случаев медицинской помощи на койках скорой медицинской помощи суточного пребывания без последующей госпитализации в профильное отделение осуществляется за законченный случай на основании тарифа за услугу в размере 2 580,00 руб.

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

3.3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 174,77 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара, оплачивается за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ).

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (СДСкcg) определяется по следующей формуле:

$$\text{СДСкcg} = \text{БСдст} * \text{КЗкcg} * \text{ПК} , \text{ где}$$

БСдст - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) в условиях дневного стационара с учетом коэффициента дифференциации (1,147), рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462;

КЗкcg - коэффициент относительной затроемкости по конкретной клинико-статистической группе (устанавливается на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне)

$$\text{ПК} = \text{КУкcgдст} * \text{КУСмо} * \text{КСЛП} , \text{ где}$$

КУкcg дст - управленческий коэффициент по конкретной клинико-статистической группе, установленный для дневного стационара;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента:

а) КСЛП, учитывающий проведение в рамках одного случая лечения в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ – 1,8.

КУСмо - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи, устанавливаемый для МО, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований (1,2).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих

материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.4. Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 888,46 рубля.

Размеры подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи (в том числе дифференцированные половозрастные коэффициенты), тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые, в том числе, для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 9**.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- 0-1 год мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-64 года мужчины/женщины;
- 65 лет и старше мужчины/женщины.

Структура тарифа на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.5. Размер и структура тарифов оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на

финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объема медицинской помощи.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара с учетом показателей результативности деятельности МО, а также медицинскую реабилитацию (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 2 413,52 рубля.

Медицинская помощь, оказываемая МО, имеющими в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и оплачиваемая по подушевому нормативу финансирования, в том числе с учетом дифференцированных половозрастных коэффициентов (**Приложение 9**).

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

- 0-1 год мужчины/женщины;
- 1-4 года мужчины/женщины;
- 5-17 лет мужчины/женщины;
- 18-64 года мужчины/женщины;
- 65 лет и старше мужчины/женщины.

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

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, обращение), в том числе медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, а также тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в условиях круглосуточного и дневного стационара, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 9**.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи и последствий неисполнения МО договорных обязательств в виде неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (**Приложение 12**).

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

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{А базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{А базовый}}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$$\text{РП}_{\text{А базовый}} = 265,16 \text{ руб.} \times 12 \text{ мес.} = 3\ 181,92 \text{ руб.}$$

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{СМП базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{СМП базовый}}$ - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$$\text{РП}_{\text{СМП базовый}} = 69,36 \text{ руб.} \times 12 \text{ мес.} = 832,32 \text{ руб.}$$

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{\text{шт}} = \text{РП}_{\text{МП базовый}} \times K_{\text{шт}},$$

где:

$\text{РП}_{\text{МП базовый}}$ - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$$\text{РП}_{\text{МП базовый}} = 497,34 \text{ руб.} \times 12 \text{ мес.} = 5\,968,08 \text{ руб.}$$

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{шт} = РП_{СТ} \times K_{шт},$$

где:

РП_{СТ} - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$$РП_{СТ} = 14\,925,31 \text{ руб.}$$

K_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа (K_{шт}) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер K _{шт}	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5»

Оплата за оказанную МО медицинскую помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, уменьшается в случае обоснованного отказа территориального фонда обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации в оплате счета, выставленного ТФОМС за лечение вышеуказанных граждан.

5. Заключительные положения

Соглашение вступает в силу с 01.01.2021 г.

Тарифы устанавливаются, исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленного законом Алтайского края «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», и могут индексироваться в связи с изменением данных бюджетных ассигнований.

Все изменения и дополнения к настоящему Соглашению вносятся на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Соглашение действует до принятия нового тарифного соглашения.

Д.В. Попов
К.В. Гордеев
М.Д. Богатырева
Е.П. Корчуганова
Я.Н. Шойхет
А.Ф. Лазарев
И.А. Смирнова
Н.В. Максимова
Е.А. Осипов
С.Н. Шкуратова