

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2021 ГОД

(Волгоград, 30 декабря 2020 года)

1. Общие положения

1.1. Основания заключения Тарифного соглашения.

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на 2021 год (далее - Тарифное соглашение) разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- Проектом постановления Правительства Российской Федерации "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 N 555н "Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 N 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 N 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.09.2015 N 683н "Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики

неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.2019 N 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 N 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2016 N 36н "Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи";

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению";

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 N 252н "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты";

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий";

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 N 247 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения";

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (далее – порядок организации и проведения контроля);

- Проектом Закона Волгоградской области "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов";

- Проектом письма Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" (далее - Методические рекомендации);

- и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предмет Тарифного соглашения.

Предметом Тарифного соглашения является установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи и условий оплаты медицинской помощи в сфере

обязательного медицинского страхования Волгоградской области на 2021 год.

1.3. Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение.

Настоящее Тарифное соглашение заключено между органом исполнительной власти Волгоградской области, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, профессиональным союзом медицинских работников, ассоциацией медицинских профессиональных некоммерческих организаций, медицинскими организациями в лице представителей сторон, включенных в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области в соответствии с постановлением Администрации Волгоградской области от 13 февраля 2017 г. N 51-п "О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области" с изменениями, внесенными постановлением Администрации Волгоградской области от 26 февраля 2018 г. N 94-п, от 08 апреля 2019 г. N 159-п, от 10 июня 2019 г. N 261-п, от 25 ноября 2019 г. N 577-п, от 14 декабря 2020 № 779-п именуемыми в дальнейшем Стороны:

- от органа исполнительной власти Волгоградской области - Себелев А.И., председатель комитета здравоохранения Волгоградской области; Алимов Н.Н., заместитель председателя комитета здравоохранения Волгоградской области;

- от территориального фонда обязательного медицинского страхования - Пайль А.В., директор государственного учреждения "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области"; Грачева Т.Г., заместитель директора по мониторингу системы обязательного медицинского страхования государственного учреждения "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области";

- от страховых медицинских организаций - Глазов В.В., директор Волгоградского филиала акционерного общества "Страховая компания "СОГАЗ-Мед"; Сизова А.Ю., заместитель директора филиала ООО "Капитал Медицинское Страхование" в Волгоградской области – начальник управления информационного сопровождения обязательного медицинского страхования и защиты прав застрахованных (по согласованию);

- от профессиональных союзов медицинских работников - Ерохина И.В., председатель Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации; Трубина Н.В., член президиума Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

- от ассоциации медицинских профессиональных некоммерческих организаций - Зюбина Е.Н., член правления Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации "Российская медицинская ассоциация"; Симаков С.В., член правления Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной организации "Российская медицинская ассоциация";

- от медицинских организаций - Яшина Е.Ю., главный врач государственного учреждения здравоохранения "Клиническая больница скорой медицинской помощи N 15"; Щербинина Е.В., главный врач государственного учреждения здравоохранения "Клиническая больница N 4".

1.4. Основные понятия и термины.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств (проведенных в том числе с использованием телемедицинских технологий), направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Посещение - это контакт пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей) (в том числе с использованием телемедицинских технологий), средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), а также на дому, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания (травмы или иного состояния) в амбулаторных условиях у врача одной специальности, фельдшера (акушерки) при кратности 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 стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Обращение с целью медицинской реабилитации в амбулаторных условиях - это законченный случай медицинской реабилитации у врачей нескольких специальностей и набором лечебно-диагностических процедур в соответствии с нормативными документами, регламентирующими оказание медицинской реабилитации.

Молекулярно-биологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний - это комплексное исследование одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала с постановкой всех необходимых тестов для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний - это прижизненное патолого-анатомическое исследование в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов.

Законченный случай госпитализации - это оказание пациенту в одной медицинской организации в условиях стационара или дневного стационара медицинской помощи от момента поступления до момента выписки, включая пребывание в нескольких профильных отделениях и все оперативные вмешательства, выполненные в течение этого времени.

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

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-ресурсоемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в

расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратоемкости - коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Управленческий коэффициент - коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации (услуги заместительной почечной терапии).

Законченный случай лечения заболевания, при лечении которого применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, - это оказание пациенту в одной медицинской организации специализированной высокотехнологичной медицинской помощи от момента поступления до момента выписки, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях с применением определенного метода высокотехнологичного лечения.

Медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу, - медицинские организации, имеющие в установленном порядке прикрепленных (обслуживаемых) застрахованных лиц и оказывающие медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС как составной части территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области (далее - территориальная программа ОМС).

Подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи - плановая сумма финансовых средств в расчете на одно прикрепленное к медицинской организации застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для оплаты амбулаторной медицинской помощи застрахованным лицам в рамках территориальной

программы ОМС.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи - плановая сумма финансовых средств в расчете на одно обслуживаемое медицинской организацией застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для оплаты скорой медицинской помощи застрахованным лицам в рамках территориальной программы ОМС.

Подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи - плановая сумма финансовых средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, имеющей в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованным лицам по всем видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы ОМС.

Финансовый результат - сумма финансовых средств, рассчитанная как разница между расчетной суммой финансовых средств, предназначенных на оплату медицинской помощи прикрепившимся к медицинской организации застрахованным лицам, и суммой финансовых средств по зарегистрированным счетам персонифицированного учета оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к данной медицинской организации.

Тариф на оплату медицинской помощи - стоимость единицы оплаты медицинской помощи (случая госпитализации, случая лечения заболевания в условиях дневного стационара, посещения, обращения, лечебно-диагностической услуги), определяющая уровень возмещения по статьям расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС.

2. Способы оплаты медицинской помощи

В рамках реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты:

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-биологических 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).

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на

прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»);

- 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 медицинских организациях, 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-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- 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 медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

При оплате медицинской помощи, оказанной 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 медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

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

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой 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. 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-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

2.1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

В одной медицинской организации возможно сочетание способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях - по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу, в том числе используемую при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению и включает следующие разделы:

1.1) медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

1.2) медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

2) Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц:

первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, организованная по территориально-участковому принципу, оказываемая в плановой форме, по единицам объема медицинской

помощи:

посещения с профилактической и иными целями - это посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, для проведения диспансеризации, посещения центров здоровья; посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и с другими причинами, разовые посещения в связи с заболеваниями; посещения с целью диспансерного наблюдения за пациентами, страдающим отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также пациентами, находящимися в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений, далее - диспансерное наблюдение). Единица объема при проведении профилактических медицинских осмотров - комплексное посещение, при проведении диспансеризации - комплексное посещение; при проведении диспансерного наблюдения - посещение. Единица объема оказания первичной медико-санитарной помощи в центре здоровья - посещение (комплексный медицинский осмотр).

Обращение в связи с заболеванием.

3) Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется не по подушевому нормативу:

а) посещения с иными целями, обращение в связи с заболеванием по следующим профилям, которые не включаются в подушевой норматив финансирования:

- акушерство и гинекология,
- дерматовенерология (в части оказания помощи дерматологическим больным),
- онкология, в том числе в центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП),
- травматология и ортопедия,
- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия,
- медицинская реабилитация;

в) медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц;

г) расходы на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

д) компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

е) услуги перитонеального диализа;

ж) медицинская помощь в неотложной форме.

з) тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

4) Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения) при оплате амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей, приведен в Приложении 2 (Раздел 1) к настоящему Тарифному соглашению.

5) Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства ("Бережливая поликлиника") и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат при достижении показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на принципах бережливого производства, приведен в Приложении 2 (Раздел 2) к настоящему Тарифному соглашению.

2.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

1) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению;

2) Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, представлен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Сведения о применении способа оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

1) Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи приведен в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению;

2) Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи:

а) первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, организованная по территориально-участковому принципу, оказываемая в плановой и неотложной формах, первичная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара, организованного по территориально-участковому принципу, по единицам объема медицинской помощи:

посещения с профилактической и иными целями - это посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе для проведения профилактических медицинских осмотров, для проведения диспансеризации, посещения центров здоровья; посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и с другими причинами, разовые посещения в связи с заболеваниями; посещения с целью диспансерного наблюдения за пациентами, страдающим отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также пациентами, находящимися в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений, далее - диспансерное наблюдение). Единица объема при проведении профилактических медицинских осмотров - комплексное посещение, при проведении диспансеризации - комплексное посещение; при проведении диспансерного наблюдения - посещение. Единица объема при оказании медицинской помощи в центре здоровья - посещение (комплексный медицинский осмотр).

Единицей объема при оказании медицинской помощи в неотложной форме - посещение в неотложной форме.

Обращение в связи с заболеванием.

Единица объема медицинской помощи в условиях дневного стационара - случай лечения;

б) специализированная медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по месту прикрепления (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), оказанная в экстренной, неотложной и плановой формах. Единицы объема медицинской помощи в стационарных условиях - случай госпитализации, в условиях дневного стационара - случай лечения;

3) Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется не по подушевому нормативу:

а) посещения с иными целями, обращения в связи с заболеванием по следующим профилям, которые не включаются в подушевой норматив финансирования:

- акушерство и гинекология,
- дерматовенерология (в части оказания помощи дерматологическим больным),
- онкология, в том числе в центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП),
- травматология и ортопедия,
- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия,

- медицинская реабилитация;

в) медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями (структурными подразделениями медицинских организаций), не имеющими прикрепившихся лиц;

г) расходы на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

д) компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-биологические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

е) услуги перитонеального диализа;

ж) тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

4) Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей, приведен в приложении 7 (Раздел 1) к настоящему Тарифному соглашению.

5) Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства ("Бережливая поликлиника") и критерии их оценки (включая целевые значения), финансируемых по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также порядок осуществления выплат при достижении показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на принципах бережливого производства, приведен в приложении 7 (Раздел 2) к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Размер тарифов на оплату медицинской помощи.

Размер тарифов на оплату медицинской помощи определен в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной главой XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"

(зарегистрирован в Минюсте России 17.05.2019 N 54643), Методическими рекомендациями и Инструкцией.

Размер тарифов на оплату медицинской помощи представлен в приложениях 8, 11, 12, 13, 14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. Структура тарифов.

1) Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", проектом постановления Правительства Российской Федерации "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов", проектом Закона Волгоградской области от декабря 2020 года N -ОД "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов". Расходование средств ОМС (расходы, входящие в структуру тарифа на оплату медицинской помощи) производится медицинскими организациями по соответствующим статьям (подстатьям) расходов и включает:

расходы на заработную плату, 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 и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), 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.

медицинским работникам по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени;

начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов, 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 медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, на 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 100 тысяч рублей за единицу.

2) Расходы по статьям каждой медицинской организацией осуществляются исходя из потребностей медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи, в рамках объемов медицинской помощи, установленных комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Волгоградской области и финансового обеспечения территориальной программы ОМС на 2021 год.

3) Расходы на заработную плату производятся исходя из размеров и условий оплаты труда, установленных в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Волгоградской области и иными документами, регулирующими вопросы оплаты труда.

При расчете фонда оплаты труда учитывается только та часть штатных должностей, которая необходима для реализации объемов медицинской помощи, установленных медицинской организации в сфере ОМС. В медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь, финансирование которой осуществляется из различных источников, в том числе за счет средств федерального бюджета, бюджетных ассигнований областного бюджета и средств бюджета территориального фонда ОМС, средств, полученных в результате оказания платных услуг, расходы на оплату труда прочего немедицинского персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности медицинской организации, включаются в состав расходов на оплату труда пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации услуг.

При формировании расходов на оплату труда работников медицинских организаций не учитываются расходы на оплату труда штатных единиц, не предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Дополнительные выплаты к заработной плате работников медицинских организаций, принятые нормативно-правовыми актами Волгоградской области и не предусмотренные утвержденной системой оплаты труда, могут подлежать компенсации за счет средств ОМС только при условии увеличения доходной части бюджета ТФОМС и внесения соответствующих изменений в закон Волгоградской области о бюджете ТФОМС.

4) За счет средств ОМС финансируются расходы на текущий ремонт зданий, сооружений.

К текущему ремонту производственных зданий и сооружений относятся работы по систематическому и своевременному предохранению частей зданий и сооружений и инженерного оборудования от преждевременного износа путем проведения профилактических мероприятий и устранения мелких повреждений и неисправностей в зданиях, сооружениях.

5) За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями по видам медицинской помощи, которые в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Волгоградской области финансируется за счет бюджетных ассигнований областного бюджета.

За счет средств ОМС не финансируются (не оплачиваются) мероприятия, финансирование которых предусмотрено за счет иных источников.

6) Затраты на питание включены в тарифы стационара круглосуточного пребывания.

В структуре тарифов на оплату амбулаторной медицинской помощи расходы на продукты питания не предусмотрены, за исключением молока и других равноценных пищевых продуктов для выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, в соответствии с нормами, установленными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.02.2009 N 45н.

В структуре тарифов на оплату стационарозамещающей медицинской помощи расходы на продукты питания не предусмотрены, за исключением детских медицинских организаций, где в случае согласования с комитетом здравоохранения Волгоградской области и Государственным учреждением "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области" разрешается обеспечение пациентов питанием при условиях возможности его организации, достаточного финансирования и отсутствия задолженности по оплате труда работников медицинской организации.

7) Уровень возмещения по статьям расходов (величина тарифа) медицинских организаций при выполнении территориальной программы ОМС определяется объемом средств, предназначенных законом о бюджете ТФОМС на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

8) Финансирование расходов на оплату услуг связи, коммунальных услуг, арендной платы за пользование имуществом, работ, услуг по содержанию имущества, прочих работ, услуг за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется в части реализации территориальной программы ОМС.

3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 4 510,2 руб.;

2) размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц, составляет 2 487,7 руб.;

3) половозрастные группы численности застрахованных лиц в Волгоградской области, используемые для определения половозрастных коэффициентов, приведены в таблице 2;

Таблица 2

**Половозрастные группы численности застрахованных лиц
в Волгоградской области**

Наименование группы	Численность (человек)	Половозрастные коэффициенты
ноль - один год мужчины	9 862	1,857030944
ноль - один год женщины	9 317	1,820048309
один год - четыре года мужчины	53 261	1,585291814
один год - четыре года женщины	50 313	1,550267659
пять - семнадцать лет мужчины	180 981	1,564205510
пять - семнадцать лет женщины	171 268	1,620675023
восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины	727 416	0,486682335
восемнадцать - шестьдесят четыре года женщины	798 068	0,712266614
шестьдесят пять лет и старше мужчины	146 077	1,600000000
шестьдесят пять лет и старше женщины	284761	1,886799843

4) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп медицинских организаций, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, приведены в таблице 3;

Таблица 3

**Значения дифференцированных подушевых нормативов
финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп
медицинских организаций**

№ группы медицинской организации	Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп медицинских организаций (руб.)
1	1 480,8
2	1 710,6
3	1 863,8

4	1 965,9
5	2 221,2
6	2 399,9
7	4 774,3
8	5 029,7
9	5 667,9

5) Значения коэффициентов уровня (подуровня) для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи, приведены в приложении 1;

6) 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 (КДот) на 2021 год, применяемый при финансировании по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, составляет:

- ГБУЗ "Фроловская центральная районная больница" - 1,040;

7) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по профилактическим осмотрам и диспансеризации отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области, лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, представлены в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению, включая тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

Все гистологические исследования осуществляются в целях выявления, подтверждения или уточнения онкологического заболевания.

Иммуно-гистохимические и гистохимические исследования не включены в тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования.

Тариф на молекулярно-биологическое исследование с целью выявления онкологических заболеваний включает расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранения образца.

3.4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в

стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенные на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 4 879,6 руб.;

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенные на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 1 064,4 руб.;

2) перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоёмкости КСГ, управленческих коэффициентов, используемых в условиях круглосуточного стационара (Таблица 1) и в условиях дневного стационара (Таблица 2) представлен в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению;

3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), составляет:

в стационарных условиях - 23 513,3 руб.;

в условиях дневного стационара - 13 285,1 руб.;

4) поправочные коэффициенты оплаты КСГ, установленные в Волгоградской области:

4.1) значение управленческого коэффициента указано в приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению;

4.2) перечень случаев, для которых установлены коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) в условиях стационара и дневного стационара, приведен в таблице 5.

Таблица 5

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП

№ КСЛП	Случаи, для которых установлен КСЛП	значения КСЛП в стационаре	значения КСЛП в дневном стационаре
1	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года) <*>	1,1	Не применяется
2	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,1	Не применяется
4	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе включая консультацию врача-гериатра) <***>	1,02	Не применяется

5	Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении <***>	1,1	Не применяется
11	Проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций на парных органах представлен в Инструкции)	1,2	1,2

<*> Кроме КСГ st17.001 - st17.007

<***> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

<****> Применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ "Соматические заболевания, осложненные старческой астенией" (т.е. ко всем КСГ, кроме st38.001)

Правила определения стоимости конкретного случая лечения по КСГ при применении КСЛП описаны в Инструкции.

4.3) коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи представлены в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению;

5) порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе (далее - порядок оплаты прерванных случаев):

5.1) при выполнении хирургического вмешательства и (или) проведении тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

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

5.1.2) при длительности лечения более 3 дней - 90% от стоимости КСГ;

5.2) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

5.2.1) при длительности лечения 3 дня и менее - 20% от стоимости КСГ;

5.2.2) при длительности лечения более 3 дней - 80% от стоимости КСГ.

К прерванным случаям госпитализации относятся случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода пациента. Также к прерванным случаям относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальным сроком лечения. Перечни групп КСГ круглосуточного и дневного стационара, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, а также КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство и (или) тромболитическую терапию

представлен в Инструкции.

б) тариф по конкретной КСГ, за исключением тарифов по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями в круглосуточном и дневном стационаре, определяется по следующей формуле:

$$Т_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times КУ_{КС} \times КУС_{Мо}, \text{ где}$$

Т _{КСГ}	Тариф по конкретной КСГ
БС	размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне)
КУ _{КС}	управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
КУС _{Мо}	коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении медицинской организации), в которой пациенту была оказана медицинская помощь

При определении тарифа по конкретной КСГ, за исключением тарифов по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями в круглосуточном и дневном стационаре, последовательно умножаются значения базовой ставки, коэффициента затратоемкости, управленческого коэффициента с округлением полученного результата по математическим правилам округления до десятых после каждого этапа умножения (один знак после запятой). Далее полученный результат умножается на коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации с округлением полученного результата по математическим правилам округления до целых рублей (без знака после запятой).

В случае необходимости применения к тарифу по конкретной КСГ коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) стоимость случая определяется путем произведения тарифа по конкретной КСГ для конкретной медицинской организации на КСЛП с округлением до целого числа (знак после запятой отсутствует).

Таким образом, стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК, \text{ где}$$

БС	размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне)
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне)

Тариф по конкретной КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями в круглосуточном и дневном стационаре определяется по следующей формуле:

$$ТЛТ_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - КД_{ЗП}) + КД_{ЗП} \times КУ_{КС} \times КУС_{МО} \times КСЛП), \text{ где}$$

ТЛТ _{КСГ}	Тариф по конкретной КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями
БС	размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне)
КД _{ЗП}	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД), представлен в таблице 6
КУ _{КС}	управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
КУС _{МО}	коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении медицинской организации), в которой пациенту была оказана медицинская помощь
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах для случаев утвержденных настоящим Тарифным соглашением)

При определении тарифа по конкретной КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями сначала рассчитывается интегрированный коэффициент, учитывающий долю заработной платы в тарифе – выражение в скобках. Для расчета интегрированного коэффициента, учитывающего долю заработной платы в тарифе необходимо выполнить последовательно по математическим правилам все действия в скобках, с округлением полученного результата по математическим правилам округления до пяти знаков после запятой.

Далее последовательно умножаются значения базовой ставки, коэффициента затратоемкости и интегрированного коэффициента, учитывающего долю заработной платы в тарифе, с округлением полученного результата по математическим правилам округления до целых рублей (без знака после запятой).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями в круглосуточном и дневном стационаре определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - КД_{ЗП}) + КД_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где:}$$

БС	размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей
----	---

$KZ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации
$KД_{ЗП}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД), представлен в таблице 6
$ПК$	поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне)
$КД$	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (для Волгоградской области равен 1).

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных настоящим Тарифным соглашением, по следующей формуле:

$$ПК = КУ_{КСГ} \times КУ_{Смо} \times КСЛП, \text{ где}$$

$КУ_{КСГ}$	управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен на региональном уровне для данной КСГ)
$КУ_{Смо}$	коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент
$КСЛП$	коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах для случаев, утвержденных настоящим Тарифным соглашением)

Таблица 6

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля	КДзп
Круглосуточный стационар			
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	50,51%	0,5051
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	39,68%	0,3968
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	23,68%	0,2368
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	16,19%	0,1619
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	22,80%	0,2280

st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	21,32%	0,2132
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	17,54%	0,1754
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	20,55%	0,2055
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	31,40%	0,3140
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	7,19%	0,0719
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	1,89%	0,0189
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	2,44%	0,0244
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,73%	0,0073
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	71,77%	0,7177
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	71,77%	0,7177
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	71,77%	0,7177
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 1)	34,55%	0,3455
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 2)	46,64%	0,4664
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 3)	53,90%	0,5390
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 1)	13,18%	0,1318

st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 2)	22,12%	0,2212
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 3)	28,24%	0,2824
Дневной стационар			
ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	11,93%	0,1193
ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	5,99%	0,0599
ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	29,39%	0,2939
ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	3,23%	0,0323
ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	4,14%	0,0414
ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	3,97%	0,0397
ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	3,96%	0,0396
ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	3,76%	0,0376
ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	5,39%	0,0539
ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	6,78%	0,0678
ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	0,43%	0,0043
ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	0,32%	0,0032
ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,67%	0,0067
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	36,19%	0,3619

ds19.068	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	36,19%	0,3619
ds19.069	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	36,19%	0,3619
ds19.070	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 4)	36,19%	0,3619
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 1)	3,37%	0,0337
ds19.072	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 2)	9,56%	0,0956
ds19.073	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 3)	16,32%	0,1632
ds19.074	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 4)	20,69%	0,2069
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 1)	0,82%	0,0082
ds19.076	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 2)	2,73%	0,0273
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 3)	5,68%	0,0568
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 4)	8,41%	0,0841

7) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в приложении 11 к настоящему Тарифному соглашению;

8) тарифы на оплату услуг диализа представлены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет 766,32 руб.;

2) размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, составляет 756,04 руб.;

3) половозрастные группы численности застрахованных лиц в Волгоградской области, используемые для определения половозрастных коэффициентов, приведены в таблице 6.

Таблица 7

**Половозрастные группы численности застрахованных лиц
в Волгоградской области**

Наименование группы	Численность (человек)	Половозрастные коэффициенты
ноль - один год мужчины	9 862	1,972840756
ноль - один год женщины	9 317	1,721322537
один год - четыре года мужчины	53 261	1,109480432
один год - четыре года женщины	50 313	0,963225371
пять - семнадцать лет мужчины	180 981	0,424932524
пять - семнадцать лет женщины	171 268	0,425269906
восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины	727 416	0,511808367
восемнадцать - шестьдесят четыре года женщины	798 068	0,525809717

шестьдесят пять лет и старше мужчины	146 077	2,582489879
шестьдесят пять лет и старше женщины	284 761	3,404352227

4) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп медицинских организаций, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, приведены в таблице 8.

Таблица 8

**Значения дифференцированных подушевых нормативов
финансирования скорой медицинской помощи для однородных
групп медицинских организаций**

№ группы медицинской организации	Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп медицинских организаций (руб.)
1	559,0
2	592,0
3	829,0

5) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области, лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, представлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению;

6) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах, за исключением расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии, которые оплачиваются по отдельным тарифам, представленным в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6. В части медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи:

1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской

помощи, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 5 337,0 руб. (без учета средств на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи), что соответствует уровню финансового обеспечения 2020 года;

2) половозрастные группы численности застрахованных лиц в Волгоградской области, используемые для определения половозрастных коэффициентов, приведены в таблице 9;

Таблица 9

**Половозрастные группы численности застрахованных лиц
в Волгоградской области**

Наименование группы	Численность (человек)	Половозрастные коэффициенты
ноль - один год мужчины	9 862	4,261811067
ноль - один год женщины	9 317	3,714202021
один год - четыре года мужчины	53 261	0,920588951
один год - четыре года женщины	50 313	0,859107289
пять - семнадцать лет мужчины	180 981	0,793712555
пять - семнадцать лет женщины	171 268	0,786173811
восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины	727 416	0,596588774
восемнадцать - шестьдесят четыре года женщины	798 068	0,917129087
шестьдесят пять лет и старше мужчины	146 077	1,684743440
шестьдесят пять лет и старше женщины	284 761	1,600000000

3) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи для однородных групп медицинских организаций, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, приведены в таблице 10;

Таблица 10

**Значения дифференцированных подушевых нормативов
финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп
медицинских организаций**

№ группы медицинской организации	Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп медицинских организаций (руб.)
1	3 855,4
2	4 561,3
3	4 724,2
4	4 995,7
5	5 375,8
6	5 647,3
7	6 081,7
8	6 407,5
9	6 624,7
10	7 004,8
11	7 547,8

4) 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 (КДот) на 2021 год в разрезе медицинских организаций, применяемый при финансировании по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, представлен в таблице 11:

Таблица 11

Наименование медицинской организации, имеющей подразделения, расположенные в сельской местности	КДот
ГБУЗ "Нехаевская ЦРБ"	1,113
ГБУЗ "Киквидзенская ЦРБ"	1,113
ГБУЗ "Алексеевская ЦРБ"	1,113
ГБУЗ "Даниловская ЦРБ"	1,113

ГБУ "ЦРБ Руднянского муниципального района"	1,113
ГБУЗ "ЦРБ Ольховского муниципального района"	1,113
ГБУЗ "Чернышковская ЦРБ"	1,113
ГБУЗ "ЦРБ Клетского муниципального района"	1,113
ГБУЗ "Кумылженская ЦРБ"	1,113
ГБУЗ "Старополтавская ЦРБ"	1,113
ГБУЗ "Серафимовичская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "Октябрьская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "Новониколаевская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "Быковская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "ЦРБ Дубовского муниципального района"	1,040
ГБУЗ "Ленинская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ Еланская ЦРБ Волгоградской области	1,040
ГБУЗ "Николаевская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "Иловлинская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "ЦРБ Суровикинского муниципального района"	1,040
ГБУЗ ЦРБ Котовского муниципального района	1,040
ГБУЗ "Котельниковская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "Новоаннинская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "Светлоярская ЦРБ"	1,040

ГУЗ "Жирновская ЦРБ"	1,040
ГБУЗ "Палласовская ЦРБ"	1,040

3.7. В части расходов на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФАП), при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Минздравом России (далее - Требования), в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения ФАП, устанавливаются:

1) ФАП, обслуживающий до 100 жителей, - 1 010,7 тыс. рублей при полном соответствии Требованиям, с применением понижающих коэффициентов. Понижающие коэффициенты устанавливаются в зависимости от фактической численности физических лиц, участвующих в оказании медицинской помощи в ФАП с прикрепленной численностью населения менее 100 человек, от уровня укомплектованности ФАП, обслуживающего населения от 100 до 900 человек:

Количество ставок, не занятых физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП, не соответствующих Требованиям	Понижающий коэффициент
не занято 1,25 ставки	0,41
не занято 1 ставки	0,53
не занято 0,75 ставки	0,64
не занято 0,5 ставки	0,76
не занято 0,25 ставки	0,88

2) ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 1 010,7 тыс. рублей при полном соответствии Требованиям. При условии достижения соответствия в течение финансового года Требованиям в части материально-технического оснащения и лицензирования при одновременной неполной укомплектованности физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП, размер финансового обеспечения ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей, устанавливается с учетом понижающих коэффициентов:

Количество ставок, не занятых физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в	Понижающий коэффициент
--	------------------------

ФАП, не соответствующих Требованиям	
не занято 1,25 ставки	0,41
не занято 1 ставки	0,53
не занято 0,75 ставки	0,64
не занято 0,5 ставки	0,76
не занято 0,25 ставки	0,88

3) ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 601,2 тыс. рублей при полном соответствии Требованиям. При условии достижения соответствия в течение финансового года Требованиям в части материально-технического оснащения и лицензирования при одновременной неполной укомплектованности физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП, размер финансового обеспечения ФАП, обслуживающего от 900 до 1500 жителей, устанавливается с учетом понижающих коэффициентов:

Количество ставок, не занятых физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП, не соответствующих Требованиям	Понижающий коэффициент
не занято 2,5 - 2,75 ставки	0,25
не занято 2 - 2,25 ставки	0,40
не занято 1,5 - 1,75 ставки	0,55
не занято 1 - 1,25 ставки	0,70
не занято 0,25 - 0,75 ставки	0,85

4) ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 798,0 тыс. рублей при полном соответствии Требованиям. При условии достижения соответствия в течение финансового года Требованиям в части материально-технического оснащения и лицензирования при одновременной неполной укомплектованности физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП, размер финансового обеспечения ФАП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей, устанавливается с учетом понижающих коэффициентов:

Количество ставок, не занятых физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП,	Понижающий коэффициент
---	------------------------

не соответствующих Требованиям	
не занято 3 - 3,25 ставки	0,20
не занято 2,5 - 2,75 ставки	0,33
не занято 2 - 2,25 ставки	0,47
не занято 1,5 - 1,75 ставки	0,60
не занято 1 - 1,25 ставки	0,73
не занято 0,25 - 0,75 ставки	0,87

5) ФАП, обслуживающий свыше 2000 жителей, - 1 798,0 рублей при полном соответствии Требованиям с применением повышающих коэффициентов (в случае неполного соответствия Требованиям размер финансового обеспечения рассчитывается с использованием понижающих коэффициентов, указанных в п. 4 настоящего раздела). Повышающие коэффициенты устанавливаются исходя из фактической численности физических лиц, участвующих в оказании медицинской помощи в ФАП с прикрепленной численностью населения свыше 2000 человек, от уровня укомплектованности ФАП, обслуживающего населения от 1500 до 2000 человек:

Количество дополнительных ставок, занятых физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП, не соответствующих Требованиям	Повышающий коэффициент
дополнительно 1 ставка	1,27
дополнительно 0,75 ставки	1,20
дополнительно 0,5 ставки	1,13
дополнительно 0,25 ставки	1,07

При неполном соответствии ФАП Требованиям в части материально-технического оснащения и при одновременной неполной укомплектованности физическими лицами, участвующими в оказании медицинской помощи в ФАП, размер финансового обеспечения рассчитывается с применением коэффициента 0,1 к тарифу финансового обеспечения в зависимости от диапазона численности обслуживающего населения.

Количество, финансовое обеспечение и перечни ФАП с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информация о соответствии/несоответствии ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведены в Приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФАП.

В случае изменения в течение года параметров (численность обслуживаемого населения, факт соответствия/несоответствия ФАП), установленных Требованиями, в том числе в части штатных нормативов, количества физических лиц, участвующих в оказании медицинской помощи в ФАП, размер финансового обеспечения подлежит корректировке пропорционально выполнению указанных нормативов.

**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**

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

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

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

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля.

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

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

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

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

где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

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

где:

РП_{СМП базовый} - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа;

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

$$C_{шт} = РП_{ПП \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

РП_{ПП базовый} - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

К_{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.

К_{шт} - коэффициент для определения размера штрафа.

N п/п	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи (К _{но})	Коэффициент для определения размера штрафа (К _{шт})
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1. Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	0,3
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, 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;	-	0,3

1.1.4.	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;		
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	1,0	1,0

1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и(или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	0,3
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,3
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	0,3
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.	-	0,3
2.3.	Отсутствие информационных стендов в	-	1,0

	медицинских организациях.		
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	0,3
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	0,3
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,3
2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,3
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	0,3
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной.	-	0,3
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи.			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинской работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту 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 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	-
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	-
3.2.3.	приведших 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	-
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1,0
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1,0	3,0
3.2.6.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанных центрами консилиумов/консультаций с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;		
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	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).		

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	-
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 тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	0,3	-
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преимущественности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-
3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее	0,3	

	к удорожанию оказания медицинской помощи.		
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.		
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации.			
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	1,0
4.2.	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.	0,1	-
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	-
4.4.	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).	0,5	-
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его	*	0,3

	замены по результатам экспертизы.		
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1,0	1,0
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов.			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-
5.1.3.	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;	1,0	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-
5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, том числе:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	1,0	-

5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	-
5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	-
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1,0	-
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	-
5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:			
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим	1,0	-

	утвержденным в тарифном соглашении.		
5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:			
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1,0	-
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	1,0	-
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-
5.7. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:			
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	-
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного	1,0	-

	медицинского страхования.		
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	1,0	-
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.	1,0	-

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

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2021 года и действует по 31 декабря 2021 года.

5.2. Внесение изменений и дополнений в настоящее Тарифное соглашение осуществляется в письменной форме по взаимному согласованию Сторон. Изменения и дополнения оформляются дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами, которые являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

Приложения:

1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

2. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения) при оплате амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей (Раздел 1).

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства ("Бережливая поликлиника") и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат при достижении показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель медицинских организаций, оказывающих первичную медико-социальную помощь, на принципах бережливого производства (Раздел 2).

3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

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

5. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

6. Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

7. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи) и критерии их оценки (включая целевые значения) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей (Раздел 1).

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства ("Бережливая поликлиника") и критерии их оценки (включая целевые значения), финансируемых по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также порядок осуществления выплат при достижении показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на принципах бережливого производства (Раздел 2).

8. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по профилактическим осмотрам и диспансеризации отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области, лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации).

9. Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоёмкости

КСГ, управленческих коэффициентов, используемых в условиях круглосуточного стационара (Таблица 1) и в условиях дневного стационара (Таблица 2);

10. Значение коэффициентов уровней (подуровней) оказания медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи;

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

12. Тарифы на оплату услуг диализа;

13. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Волгоградской области, лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации;

14. Количество и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2021 год.

Подписи сторон:

От органа исполнительной власти Волгоградской области:

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



А.И.СЕБЕЛЕВ

Заместитель председателя комитета здравоохранения
Волгоградской области

Н.Н.АЛИМОВ

От государственного учреждения "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области":

Директор ТФОМС Волгоградской области



А.В. ПАЙЛЬ

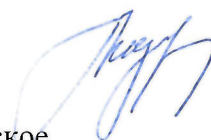
Заместитель директора по мониторингу системы ОМС
ТФОМС Волгоградской области



Т.Г.ГРАЧЕВА

От страховых медицинских организаций:

Директор Волгоградского филиала
АО "Страховая компания "СОГАЗ-Мед"



В.В.ГЛАЗОВ

Заместитель директора филиала ООО "Капитал Медицинское
Страхование" в Волгоградской области – начальник
управления информационного сопровождения обязательного
медицинского страхования и защиты прав застрахованных



А.Ю. СИЗОВА

От профессионального союза медицинских работников:

Председатель Волгоградской областной организации
профсоюза работников здравоохранения Российской
Федерации



И.В.ЕРОХИНА

Член президиума Волгоградской областной организации
профсоюза работников здравоохранения Российской
Федерации

Н.В.ТРУБИНА

От ассоциации медицинских профессиональных некоммерческих организаций:

Член правления Волгоградского регионального отделения
общероссийской общественной организации "Российская
медицинская ассоциация"

Е.Н.ЗЮБИНА

Член правления Волгоградского регионального отделения
общероссийской общественной организации "Российская
медицинская ассоциация"

С.В.СИМАКОВ

От медицинских организаций:

Главный врач ГУЗ "Клиническая больница скорой
медицинской помощи N 15"

Е.Ю.ЯШИНА

Главный врач ГУЗ "Клиническая больница N 4"

Е.В.ЩЕРБИНИНА

