

**РЕШЕНИЕ КОМИССИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОМС**

Утвердить Тарифное соглашение в системе ОМС Кемеровской области - Кузбасса на 2023 год в новой редакции.

Утверждено
решением Комиссии по разработке
территориальной программы ОМС Кемеровской области-Кузбасса
(протокол от №2 от 25.01.2023)

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА
НА 2023 ГОД**

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	2
РАЗДЕЛ 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	4
ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	8
ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	11
ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	13
ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ПОЛНЫЙ ПОДУШЕВОЙ НОРМАТИВ)	14
РАЗДЕЛ 3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	15
ТАРИФЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	16
ТАРИФЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	20
ТАРИФЫ ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	28
ТАРИФЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПО ПОЛНОМУ ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	29
СТРУКТУРА ТАРИФОВ	30
РАЗДЕЛ 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА	32
РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ	33

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящее тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области-Кузбасса на 2023 год (далее соответственно – Тарифное соглашение, ОМС) заключено на основании Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 №1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной постановлением Правительства Кемеровской области-Кузбасса от 30.12.2022 №917.

1.2. **Предметом** Тарифного соглашения являются согласованные позиции по оплате медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Кузбасса (далее – медицинские организации), в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС), размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, 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.

1.3. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса (далее – Тарифное соглашение) заключено между **представителями сторон**:

Министерства здравоохранения Кузбасса (далее - Минздрав Кузбасса), в лице министра здравоохранения Кузбасса Беглова Дмитрия Евгеньевича;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса (далее – ТФОМС) в лице директора Пачгина Игоря Вадимовича;

страховых медицинских организаций (далее - СМО), осуществляющих деятельность в сфере ОМС Кузбасса, в лице директора Кузбасского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Балашовой Светланы Васильевны;

Кемеровской областной организации профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Брагиной Оксаны Михайловны;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице председателя Кемеровской областной общественной организации «Кузбасское научное общество кардиологов» Барбараш Ольги Леонидовны.

1.4. В целях обеспечения единых принципов оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Кемеровской области - Кузбасса, применяются тарифы, установленные настоящим Тарифным соглашением, **в пределах объемов и стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке ТПОМС (далее – Комиссия).** Ограничение по объемам не применяется к медицинской помощи, оплата которой осуществляется в рамках подушевого норматива, полного подушевого норматива.

1.5. **Стоимость медицинской помощи** определяется как произведение запланированных объемов на утвержденный тариф. Объемы и стоимость оказания медицинской помощи по видам помощи и условиям ее оказания в разрезе медицинских организаций утверждаются решением Комиссии.

1.6. **Взаимодействие** между участниками обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с федеральными и региональными нормативными актами, договорами в сфере обязательного медицинского страхования, Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС и настоящим Тарифным соглашением.

РАЗДЕЛ 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. **Способы оплаты медицинской помощи** установлены ТПОМС на 2023 год применительно к условиям оказания медицинской помощи:

2.1.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

2) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) – при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной на территории Кузбасса лицам, застрахованным за пределами Кузбасса;

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

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

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении 26, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.1.3. при оплате медицинской помощи, оказанной **в условиях дневного стационара**:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных в Приложении N 26, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2.1.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Кемеровской области – Кузбасса, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.);

2.1.5. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора

противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее – по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, полный подушевой норматив).

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, а также структурных подразделений в амбулаторных условиях с указанием их количества, для медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Кузбасса, в разрезе условий оказания медицинской помощи установлены Приложением 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3. Вне зависимости от применяемого способа оплаты при формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи отражаются все единицы объема с указанием размера установленных тарифов.

ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

2.4. В подушевой норматив финансирования МО **включается** первичная доврачебная, врачебная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь, организованная по территориально-участковому принципу, за исключением указанной в пункте 2.5. Подушевые нормативы финансирования МО устанавливаются на год и на месяц. Подушевой норматив предусматривает оплату собственной деятельности поликлиники, внешних консультаций и обследований, оказанных на амбулаторном этапе застрахованным прикрепленным гражданам.

2.5. Медицинская помощь с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), не включается в подушевой норматив финансирования МО на прикрепившихся лиц:

а) медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме в амбулаторных условиях, в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации в течение одних суток;

б) первичная стоматологическая помощь, оказываемая амбулаторно;

в) медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах в соответствии с установленными Тарифным соглашением размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

г) проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) проведение медицинской услуги гемодиализа и перитонеального диализа;

е) отдельные медицинские услуги (Полный перечень приведен в Приложении 14 к Тарифному соглашению);

ж) дерматологическая помощь, оказанная кожно-венерологическим диспансером;

з) медицинская помощь, предоставляемая застрахованным гражданам Кемеровской области - Кузбасса, не прикрепленным ни к одной медицинской организации;

- и) медицинская помощь, предоставляемая застрахованным гражданам Кемеровской области - Кузбасса, за пределами Кемеровской области – Кузбасса;
- к) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;
- л) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- м) медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;
- н) медицинская помощь, оказываемая школой сахарного диабета.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (**комплексное посещение, включающее усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований**) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.6. Оплата **диспансерного наблюдения взрослого населения**, в том числе по поводу стоматологических заболеваний, осуществляется, как комплексное посещение, за единицу объема медицинской помощи. Оплата диспансерного наблюдения за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. При этом посещения/обращения к врачам-специалистам к оплате не подаются.

2.7. Оплата **углубленной диспансеризации** осуществляется за комплексное посещение, за единицу объема медицинской помощи. Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения.

2.8. Оплата **посещений школы сахарного диабета** осуществляется за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

2.9. Оплата **услуг диализа** осуществляется согласно регистру пациентов, нуждающихся в оказании услуг диализа.

2.10. **Межучрежденческие расчеты** осуществляются:

2.10.1. На основании договоров между медицинскими организациями на оказание и оплату услуг, заключенных самостоятельно (в том числе производятся расчеты при превышении показателей объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке ТПОМС для

данной медицинской организации; расчеты при отсутствии направлений; во всех иных, неурегулированных данным Тарифным соглашением случаях);

2.10.2. Через страховые медицинские организации в рамках централизованного расчета стоимости медицинской помощи. По медицинским организациям, для которых установлен основной способ оплаты - за единицу объема медицинской помощи, межучрежденческие расчеты через СМО осуществляются для услуг при наличии направлений, для посещений, обращений – при наличии плана, установленного Комиссией.

2.10.2.1. Если расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями составляется реестр счетов на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), каждое выполненное лабораторное исследование. Страховые медицинские организации осуществляют оплату на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. СМО проводят межучрежденческие расчеты, уменьшая доход МО направления/прикрепления. Данный пункт применяется в том числе для расчетов за медицинскую помощь, выполненную по направлениям от круглосуточного и дневного стационара.

2.10.2.2. Объемы для межучрежденческих расчетов утверждаются Комиссией с обязательным соблюдением принципа «бюджетной нейтральности»: стоимость взаиморасчетов, запланированная как доход для медицинских организаций-исполнителей, должна быть учтена как уменьшение доходов для медицинских организаций-заказчиков.

2.11. Оплата посещений¹, услуг, оказанных застрахованным гражданам вне поликлиники прикрепления, осуществляется по утвержденным тарифам (в рамках межучрежденческих расчетов). **Тариф посещения включает расходы на посещение специалиста и расходы вспомогательных лечебно-диагностических подразделений** на проведение необходимых диагностических исследований и лечебных процедур (за исключением отдельных медицинских услуг).

¹ Здесь и далее термин посещение включает также консультацию, обращение.

ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

2.12. В целях обеспечения **единых принципов** оплаты специализированной медицинской помощи применяются подходы, изложенные в **федеральных Методических рекомендациях** по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС на 2023 год (далее – Методические рекомендации). Документ публикуется на сайте ТФОМС.

2.13. **Стоимость законченного случая лечения** на основе клинко-статистических групп определяется с учетом следующих параметров:

- размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
- коэффициент относительной затратноности КСГ;
- коэффициент дифференциации;
- коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
- коэффициент сложности лечения пациента;
- коэффициент уровня медицинской организации.

Коэффициент уровня для оплаты в стационарных условиях и условиях дневного стационара устанавливается равным 1.

Оплате подлежат случаи в **пределах** утвержденного Комиссией планового значения **объемов и стоимости** для каждой медицинской организации.

2.14. Процедуры диализа оплачиваются по тарифам (Приложение 14). Случай лечения в условиях дневного стационара подается к оплате один раз в месяц с указанием количества процедур диализа. В стационарных условиях к законченному случаю относится проведение диализа на протяжении всего срока лечения с указанием вида и количества процедур в период нахождения пациента в стационаре. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в круглосуточном и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2.15. **Высокотехнологичная медицинская помощь** оплачивается в пределах установленной годовой стоимости. При заполнении реестров медицинской организацией указывается признак ВМП. Отнесение случая к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным ПГГ для группы ВМП.

2.16. **В условиях дневного стационара:**

2.16.1. При проведении нескольких оперативных вмешательств в 1 день на оплату предъявляется оперативное вмешательство, относящееся к КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратноности.

2.16.2. В случае проведения оперативного вмешательства, услуг по медицинской реабилитации отнесение случая лечения к КСГ осуществляется только по коду Номенклатуры. Отнесение случая лечения по коду МКБ-10 исключается.

ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

2.17. **Базовый 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 скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов, направляемых на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи в пределах согласованных объемов;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам Кемеровской области – Кузбасса за пределами области;

2.18. Обслуживаемым населением считаются застрахованные граждане, прикрепившиеся к первичному звену на территории обслуживания ССМП. При оказании медицинской помощи застрахованному, не относящемуся к обслуживаемой территории, оплата медицинской помощи осуществляется за вызов. Стоимость вызовов, оказанных населению территории, которая не относится к зоне обслуживания ССМП, удерживается из начисленного подушевого норматива скорой медицинской помощи, которая территориально обслуживает данных застрахованных.

ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ ПОКАЗАТЕЛИ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ПОЛНЫЙ ПОДУШЕВОЙ НОРМАТИВ)

2.19. При оплате медицинской помощи в МО, имеющей в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной МО медицинской помощи**, с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объема медицинской помощи.

Полный подушевой норматив включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС, в том числе медицинскую помощь, оказываемую в условиях стационара и дневного стационара, первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, за исключением указанных в пункте 2.5 подпунктов с «в» по «н».

РАЗДЕЛ 3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. **Размер и структура тарифа** на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты, указанным в разделе 2.

3.2. **Расчет тарифов** на оплату медицинской помощи производится в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, в пределах средств, утвержденных в бюджете ТФОМС на выполнение ТПОМС, и определяет уровень возмещения затрат медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь по ТПОМС.

3.3. **Плановая стоимость** медицинской помощи определяется на основе средних нормативов финансовых затрат и тарифов (Приложение 32).

3.4. Установленные тарифы на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования учитывают коэффициент дифференциации Кемеровской области - 1,21.

ТАРИФЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

3.5. Средний **подушевой норматив финансирования** медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПОМС составляет 7 232,31 руб. в год. Установленный средний размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Кузбасса.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

3.6. **Размер базового норматива финансирования** на одно застрахованное прикрепившееся лицо составляет 260,41 руб. в месяц (3124,92 руб. в год), в том числе базовая часть 257,81 рублей.

3.7. В целях единых подходов к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливаются:

3.7.1. **Коэффициент половозрастного состава** (Приложения 2, 3);

3.7.2. **Коэффициент уровня расходов медицинских организаций** устанавливается для групп медицинских организаций (Приложение 2)

3.7.3. **Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, учитывающих** наличие подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (Приложения 2, 4):

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, - 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – 1,04.

3.7.4. **Дифференцированные подушевые нормативы** в амбулаторных условиях (Приложение 2);

3.7.5. **Фактический дифференцированный подушевой норматив** финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации (Приложение 2)

3.8. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, для которых установлен коэффициент удаленности, приведен в Приложении 4.

3.9. Размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ № 543н), составляет на год:

- обслуживающих до 100 жителей, определяется с учетом понижающего коэффициента 0,9 к размеру финансового обеспечения, установленного для группы от 100 до 900 жителей – 1 278,7 тыс. рублей,
- обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 420,8 тыс. рублей,
- обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 2 251,0 тыс. рублей,
- обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2 527,6 тыс. рублей,
- обслуживающих более 2000 жителей, определяется с учетом повышающего коэффициента 1,1 к размеру финансового обеспечения, установленного для группы от 1500 до 2000 жителей – 2 780,3 тыс. рублей.

Для ФП/ФАПов применяется коэффициент специфики: при несоответствии требованиям, установленным приказом №543н, - 0,75, при неуккомплектованности медицинским персоналом - 0,25.

Перечень ФП, ФАП, дифференцированных по численности обслуживаемого населения с указанием соответствующего годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным приказом № 543н представлен в приложении 5. Распределение ФП/ФАПов по группам производится по состоянию на 01.12.2022. Информация, необходимая для отнесения ФП/ФАПа к группе, предоставляется Минздравом Кузбасса с учетом изменений в течение года и является основанием для внесения изменений в объем финансового обеспечения при условии соответствия структуре в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС).

Финансовое обеспечение ФП/ФАПов ежемесячно включается в счета медицинских организаций в разрезе СМО в размере 1/12 от годовой суммы. Кузбасский филиал ООО «АльфаСтрахование-ОМС» – 95,5% от общей суммы, филиал ООО СК «Ингосстрах-М» - 4,5%.

3.10. В целях повышения эффективности деятельности медицинских организаций по оказанию амбулаторной медицинской помощи прикрепившемуся населению и компенсации рисков, возникающих при подушевой оплате, часть средств в размере 1% от подушевого норматива (стимулирующая часть подушевого норматива) передается на основе оценки показателей деятельности (Приложения 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Выплата по результатам оценки достижений показателей результативности проводится по итогам года.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинской организации установлен Приложением 35 к Тарифному соглашению.

3.11. **Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

- на посещение, обращение к врачу по специальностям, видам приема (Приложение 12);
- на медицинские услуги (Приложение 13);
- на отдельные медицинские услуги (Приложение 14);
- на законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, отдельных групп взрослого населения; профилактического медицинского осмотра, в том числе в выходной день и с применением мобильных комплексов (Приложение 15);
- на исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках углубленной диспансеризации (Приложение 16).

3.12. Для учета амбулаторной **стоматологической помощи** используется «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях» (Приложение 17). Оплата стоматологической помощи производится за условную единицу трудоемкости (УЕТ) в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи.

3.13. При проведении **межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию** оплата внешних медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями–исполнителями, производится страховыми медицинскими организациями за фактические оказанные посещения, обращения, услуги в пределах утвержденной стоимости (для посещений, обращений), в соответствии с направлением (для услуг). Стоимость посещений, обращений планируется с учетом утвержденного количества и средней

стоимости посещений. Оплата как посещений, так и обращений, производится в пределах стоимости, утвержденной Комиссией.

ТАРИФЫ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

3.14. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПОМС составляет:

для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 8 103,85 руб.;

для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1 912,36 руб.

3.15. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратно-емкости, коэффициенты специфики и доля заработной платы и прочих расходов по группам, стоимость случая приведены в Приложениях 18, 19.

3.16. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке – 0,65 от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, 0,6 от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара.

3.17. Размер базовой ставки в стационарных условиях и условиях дневного стационара

Условия оказания медицинской помощи	Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей	Размер базовой ставки с учетом коэффициента дифференциации, рублей
в стационарных условиях	25 968,47	31 421,85
в условиях дневного стационара	15 035,21	18 192,60

Базовая ставка может пересматриваться ежеквартально с учетом фактического выполнения утвержденных объемов и стоимости медицинской помощи.

3.18. Коэффициенты сложности лечения пациента установлены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования:

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра ¹	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ² , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ^{3,4}	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ^{3,4}	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ^{3,4}	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных	2,07

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	органах (уровень 4) ^{3,4}	
10	проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) ^{3,4}	3,49
11	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов ⁵	0,15
12	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями ⁶	0,63
13	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями ⁶	1,20
14	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации ⁷	0,05

Примечания:

¹ – за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

² – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Методическими рекомендациями, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

³ - могут применяться в том числе для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

⁴ – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Приложениями 21, 22

⁵ - при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)

⁶ - стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

⁷ - указанный КСЛП не может применяться при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

3.19. **Обоснованность** предъявления на оплату и формирования стоимости случая медицинской помощи с **КСЛП** подлежит обязательному экспертному контролю СМО, в том числе оценивается обоснованность применения коэффициентов.

3.20. В случае применения **КСЛП** при наличии у пациента **тяжелой сопутствующей патологии**, осложнений заболевания, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, проводится экспертиза качества медицинской помощи.

3.21. **КСЛП** при проведении **однотипных операций на парных органах** и сочетанных хирургических вмешательств не применяется для КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)».

3.22. При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносуаб, эмпэгфилграстим, **КСЛП** «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.

3.23. В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких **КСЛП**, **итоговое значение КСЛП** рассчитывается путем суммирования соответствующих **КСЛП**.

3.24. **Отнесение случая лечения** к конкретной КСГ осуществляется ТФОМС в соответствии с методическими рекомендациями ФФОМС с учетом кода диагноза по МКБ-10, кода хирургической операции и (или) применяемой медицинской технологии по Номенклатуре и иных, утвержденных классификационных критериев. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза.

3.25. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги приведен в Приложении 24.

3.26. **Тарифы на оплату законченных случаев** лечения заболеваний с применением методов **высокотехнологичной медицинской помощи**, включая **долю заработной платы** в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи приведены в Приложении 25. Коэффициенты сложности

лечения пациента не применяются при оплате высокотехнологичной медицинской помощи.

3.27. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

3.27.1. В целях оплаты к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии (фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии), в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении 26);
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Группировщиком КСГ (дополнительный классификационный критерий).

3.27.2. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным Приложения 26, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

3.27.3. Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

3.27.4. При внутрибольничном переводе, в случае если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10, все случаи подлежат оплате по соответствующим КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

3.27.5. Оплата случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, осуществляется:

Оплата случаев, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно осуществляется:

- если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ (Приложение 33) в размере 85% от стоимости КСГ;

- если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились - в размере 50% от стоимости КСГ.

Оплата случаев, при которых длительность госпитализации составляет более 3-х дней осуществляется:

- если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ - в размере 90% от стоимости КСГ;

- если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились - в размере 70% от стоимости КСГ.

3.27.6. При внутрибольничном переводе, если заболевание относится к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты. При этом длительность случая лечения оценивается суммарно по пребыванию в нескольких отделениях.

3.28. Оплата по двум КСГ

3.28.1. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

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

- б) случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных

новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

в) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (приложение 23);

г) проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

д) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев оказания медицинской помощи по МКБ-10 O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2 – пребывание не менее 2 дней в отделении патологии беременности) с последующим родоразрешением;

е) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

ж) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

з) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

3.28.2 При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ на основании подпунктов с «а» по «и» пункта 3.27.1, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4 пункта 3.26.1

3.28.3. По каждому случаю **оплаты по двум КСГ** должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.29. Если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при ЗНО (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая

осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.30. Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.31. В случае проведения в стационаре **нескольких оперативных вмешательств** на оплату предъявляются все оперативные вмешательства. Оплата производится за одно оперативное вмешательство, относящееся к КСГ, имеющей максимальный коэффициент затратноности. При этом для случаев лечения, при которых предусмотрено проведение однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств, применяется коэффициент сложности лечения пациента.

3.32. Если в результате **госпитализации** с целью оперативного лечения **по поводу неонкологического заболевания** (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и т.п.) выявлено злокачественное новообразование, отнесение к КСГ и оплата осуществляются без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

3.33. При применении схемы лечения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

ТАРИФЫ ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

3.34. **Средний подушевой норматив финансирования** скорой медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТПОМС – 1 139,69 руб.

3.35. **Размер базового подушевого норматива** финансирования скорой медицинской помощи составляет 94,53 руб. на 1 застрахованного в месяц (1134,36 руб. в год).

3.36. При расчете **дифференцированных подушевых** нормативов финансирования скорой медицинской помощи используются следующие коэффициенты дифференциации (Приложение 27).

- коэффициент половозрастного состава, на основе потребления медицинской помощи по половозрастным группам застрахованных лиц (Приложение 27, 28);
- коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для *i*-той медицинской организации (при необходимости);
- коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для *i*-той медицинской организации.

3.37. **Стоимость вызова** скорой медицинской помощи для проведения взаиморасчетов в разрезе типов бригад и стоимость отдельных медицинских услуг приведены в Приложении 29.

3.38. При **формировании реестров счетов** учитываются все вызовы, оказанные неприкрепленным пациентам по утвержденным тарифам. Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь учитываются в рамках централизованного расчета. Реестр счетов по медицинской организации включает все выполненные объемы медицинской помощи. Сводный счет уменьшается на объем средств, подлежащих перечислению другим медицинским организациям за оказанные медицинские услуги.

ТАРИФЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ ПО ПОЛНОМУ ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.39. **Средний подушевой норматив финансирования** в расчете на одно застрахованное лицо по полному подушевому нормативу составляет 17 248,53 руб.

3.40. Размер **базового норматива финансирования** на одно прикрепившееся застрахованное лицо по полному подушевому нормативу составляет 816,49 рублей в месяц (9 797,88 рублей в год), в том числе базовая часть 813,89 руб.

3.41. При расчете дифференцированных полных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций используются **коэффициенты специфики** (Приложение 30).

3.42. В целях повышения эффективности деятельности медицинских организаций по всем видам и условиям предоставления медицинской помощи прикрепившемуся населению и компенсации рисков, возникающих при подушевой оплате, часть средств в размере 1% от подушевого норматива в амбулаторных условиях (стимулирующая часть полного подушевого норматива) передается на основе оценки показателей деятельности медицинской организации в амбулаторных условиях (Приложения 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Выплата по результатам оценки достижений показателей результативности проводится по итогам года.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинской организации установлен Приложением 35 к Тарифному соглашению.

3.43. При расчете дифференцированного полного подушевого норматива финансирования для медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, учитываются все коэффициенты, применяемые при расчете амбулаторной помощи (пункт 3.7 настоящего Тарифного соглашения), в том числе коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится МО, половозрастные коэффициенты, коэффициент отдаленности.

СТРУКТУРА ТАРИФОВ

3.44. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу. Допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

3.45. В структуру тарифа не включаются и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования расходы медицинских организаций:

- не связанные с деятельностью по ТПОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности;
- на проведение капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);
- проведение реконструкции объектов капитального строительства, возведение, установка перегородок, разделяющих и ограждающих конструкций повлекшие изменение параметров объекта капитального строительства, его частей (высоты, количества этажей, площади, объема),

капитального ремонта нефинансовых активов (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.) и др., не связанные с текущим ремонтом нефинансовых активов.

- по ликвидации нефинансовых активов, находящихся в аварийном состоянии, не эксплуатируемых и т.д. (в том числе снос зданий, закрепленных за медицинскими организациями на праве оперативного управления или приобретенных за счет средств, выделенных учредителем и иного недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования);

- на приобретение иммунобиологических препаратов для вакцинации населения в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- дополнительные работы, устраняющие косвенный ущерб от капитального ремонта или выполненные в связи с его производством;

- расходы на оплату получения высшего и/или средне-специального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

- прочие расходы, финансируемые согласно ТПГГ за счет средств бюджетов всех уровней.

3.46. Медицинские организации обеспечивают целевой характер использования средств, выделяемых на финансирование ФП/ФАПов.

3.47. Медицинские организации ведут **раздельный учет** использования **лекарственных препаратов и расходных материалов**, а также иных расходов при оказании медицинской помощи в рамках ТПОМС и платных медицинских услуг.

РАЗДЕЛ 4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.2. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинские организации несут ответственность в соответствии со ст. 40 Федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с применением к ним мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.3. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном нормативно-распорядительными документами Минздрава России, Федерального фонда ОМС, Минздрава Кузбасса и ТФОМС.

4.4. Тарифы на медицинскую помощь, утвержденные настоящим Тарифным соглашением, используются для расчета суммы, не подлежащей оплате (уменьшению оплаты) по результатам контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеры применяемых санкций приведены в Приложении 31.

РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Отдельные особенности расчета и оплаты стоимости медицинской помощи изложены в **Алгоритме расчета стоимости медицинской помощи** (Приложение 34).

5.2. В случае если принадлежность гражданина к СМО изменилась в течение периода лечения, посещения распределяются между СМО с учетом фактического страхования в период оказания медицинской помощи, оплату случая лечения производит СМО, в которой пациент был застрахован в начале лечения. В случае если пациент не был застрахован в начале лечения, оплату проводит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

5.3. **Стоимость лечения** застрахованного определяется по тарифам, действующим на первое число **расчетного месяца**. Изменения, внесенные в Тарифное соглашение, вступают в силу с расчетного периода следующего за месяцем принятия решения, если не установлен иной порядок вступления в силу.

5.4. В случае возникновения разногласий по применению настоящего Тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в Минздрав Кузбасса и ТФОМС для получения разъяснений.

5.5. Медицинская помощь, оказываемая за счет средств ОМС, предъявляется к оплате и оплачивается СМО или ТФОМС в соответствии с Федеральными законами, Правилами ОМС, заключенными договорами, настоящим Тарифным соглашением.

5.6. **Тарифы** на оплату медицинской помощи **применяются:**

- для планирования, прогнозирования и контроля целевого расходования средств ОМС;

- для оплаты медицинской помощи, оказанной в Кузбассе гражданам, застрахованным в иных субъектах РФ, при межтерриториальных расчетах ТФОМС в рамках базовой программы ОМС;

- для оценки стоимости оказанной медицинской помощи.

5.7. **Срок действия** Тарифного соглашения – 2023 год.

5.8. Тарифное соглашение может быть **изменено или дополнено по соглашению всех сторон**. Основаниями для внесения изменений являются:

5.8.1. изменения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

5.8.2. необходимость дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 2 и 3 Тарифного соглашения;

5.8.3. определение новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), исследований, медицинских услуг при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

5.8.4. изменение Требований, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

5.8.5. изменения порядка контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

5.8.6. принятие Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Правительством Кузбасса решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.9. Изменения в настоящее Тарифное соглашение оформляются Дополнительными соглашениями. Изменения и дополнения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

5.10. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие Приложения:

1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС на 2023 год и способы оплаты;

2. Подушевые нормативы для финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;

3. Коэффициент половозрастных затрат для оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;

4. Перечень медицинских организаций и структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях и коэффициенты отдаленности;

5. Перечень ФП/ФАПов;

6. Показатели результативности для медицинских организаций;

7. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций;

8. Целевые показатели результативности МО. Блок 1;

9. Целевые показатели результативности МО. Блок 2;

10. Целевые показатели результативности МО. Блок 3;

11. Порядок расчета бальной оценки показателей результативности;

12. Тарифы на посещения, обращения к врачам-специалистам;

13. Тарифы на медицинские услуги;

14. Тарифы на отдельные медицинские услуги/КСГ;
15. Тарифы на законченный случай диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, в том числе для мобильных медицинских бригад и при работе в выходные дни;
16. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по углубленной диспансеризации отдельных категорий граждан;
17. Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях;
18. Перечень клинико-статистических групп заболеваний в стационарных условиях, коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициенты специфики, стоимость случая лечения;
19. Перечень клинико-статистических групп заболеваний в условиях дневного стационара, коэффициенты относительной затратоемкости и коэффициенты специфики, стоимость случая лечения;
20. Классификатор региональных подгрупп КСГ в стационарных условиях с региональными ДКК;
21. Перечень сочетанных хирургических вмешательств;
22. Перечень однотипных операций на парных органах и симметричных областях тела;
23. Перечень сочетаний разных видов противоопухолевого лечения в рамках одной госпитализации и перечень операций этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающих выписку пациента из стационара;
24. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги;
25. Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь;
26. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно;
27. Подушевые нормативы для финансирования скорой медицинской помощи;
28. Коэффициент половозрастных затрат для скорой медицинской помощи;
29. Стоимость вызова скорой медицинской помощи (в том числе для проведения взаиморасчетов) в разрезе типов бригад;
30. Полные подушевые нормативы финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи;
31. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, размер санкций;

32. Средние тарифы и нормативы для расчета стоимости согласованных объемов медицинской помощи;
33. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию;
34. Алгоритм расчета стоимости медицинской помощи;
35. Порядок применения показателей результативности деятельности медицинской организации.

Министр здравоохранения Кузбасса

Д.Е. Беглов

Директор Территориального фонда
ОМС Кемеровской области – Кузбасса

И.В. Пачгин

Директора Кузбасского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

С.В. Балашова

Председатель Кемеровской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения

О.М. Брагина

Председатель областной
общественной организации
«Кузбасское научное общество кардиологов»

О.Л. Барбараш





Алгоритм расчета СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

1.1. Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{ОС_{\text{ПНФ}}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез) \quad (1.1)$$

где:

$ПН_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$ОС_{\text{ПНФ}}$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$Рез$ доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (1%);

$КД$ единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

1.2. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования ($ДПН_i$), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по формуле:

$$ДПН^i = ПН_{\text{БАЗ}} \times КД_{\text{пв}}^i \times КД_{\text{ур}}^i \times КД_{\text{от}}^i, \text{ где:} \quad (1.2)$$

$ДПН^i$ - дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{\text{пв}}^i$ - коэффициент, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для i -той медицинской организации;

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

$КД_{\text{ур}}$ - коэффициент уровня i -той медицинской организации (при расчете дифференцированного подушевого норматива $КД_{\text{ур}}$ медицинские организации

объединяются в группы, а при расчете дифференцированного подушевого норматива используются значения КД_ур для соответствующей группы медицинских организаций.)

1.3. Поправочный коэффициент применяется для математического соответствия начисленной суммы подушевого норматива по всем медицинским организациям, сумме средств, сформированных на оплату амбулаторной помощи

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ} \times (1 - Рез)}{\sum_i (ДПН^i \times Чз^i)} \quad (1.3)$$

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

$$ФДПН^i = ДПН^i \times ПК \quad (1.4)$$

ФДПНⁱ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

1.5. Объем средств для финансирования подушевого норматива рассчитывается ежемесячно территориальным фондом ОМС для медицинской организации по следующей формуле:

$$Сапу^i = ФДПН^i \times Чз^i \quad (1.5)$$

где:

ФДПНⁱ — фактический дифференцированный подушевой норматив на одно застрахованное лицо согласно Тарифному соглашению для медицинской организации;

Чзⁱ — численность прикрепленного населения (среднее значение между численностью на конец и на начало расчетного месяца) в i-той медицинской организации;

Сумма финансирования для поликлиники ежемесячно рассчитывается по следующей формуле:

$$С^i = Сапу^i + ОСрд^i + ОСфап^i + ОСому^i + Взп^i - Взп^i, \quad (1.6)$$

где:

Сапуⁱ - базовая часть подушевого норматива;

ОСрдⁱ — объем средств за достижение целевых значений показателей результативности деятельности;

ОСфапⁱ — объем средств на финансирование ФАПов;

ОСому¹ - фактическая стоимость оказанной медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу (произведение фактических объемов на тариф)

Взн¹ - стоимость услуг, посещений, оказанных неприкрепленным к i-той поликлинике гражданам;

Взн¹ – стоимость внешних услуг, посещений, оказанных прикрепленным гражданам вне поликлиники прикрепления;

i – МО, работающие в системе ОМС Кемеровской области - Кузбасса.

1.6. Оплата ОМУ, медицинской услуги «иммунопрофилактика иммуноглобулином против клещевого энцефалита», оказанных инообластным гражданам, осуществляется по факту оказания по утвержденным тарифам.

2. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

2.1. Размер базовой ставки рассчитывается по формуле:

$$БС = (ОС - О_{слп}) / (Ч_{сл} \times СПК \times КД), \text{ где} \quad (2.1)$$

ОС - объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ;

Ч_{сл} - общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

КД – коэффициент дифференциации 1,21.

СПК - средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ.

$$СПК = \sum (КЗ_i \times ПК_i \times КД \times Ч_{сл}^i) / Ч_{сл}, \text{ где} \quad (2.2)$$

КЗ_i – коэффициент относительной затратноёмкости по КСГ, к которой отнесен данный пролеченный случай, установленный на федеральном уровне;

ПК_i – поправочный коэффициент оплаты для данного случая. (коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный пролеченный случай (используется в расчетах, в случае если для данной клинико-статистической группы определен указанный коэффициент);

Ч_{сл} - общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

КД – коэффициент дифференциации 1,21.

При расчете базовой ставки в качестве параметра О_{слп} может использоваться сумма, характеризующую вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$О_{слп} = \sum (БС \times КД^* \times КСЛП_i), \quad (2.3.)$$

где:

КСЛП_i – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2022 году.

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

2.2. Стоимость одного пролеченного случая в стационаре и дневном стационаре (С_{сл}) по системе клинико-статистических групп определяется по следующей формуле (за

исключением КСГ, в составе которых Программной установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен п.2.4 настоящего алгоритма):

$$C_{сл} = БС \times КД \times (Кз \times КС \times КУС + КСЛП) \quad (2.4)$$

где:

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи или медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара;

КУС - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД – коэффициент дифференциации 1,21.

КЗ – коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный пролеченный случай, установленный на федеральном уровне;

КС - коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации ;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациентов (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (используется, если установлен для данного случая Тарифным соглашением).

2.3. Размер финансового обеспечения n-ной медицинской организации (ФOn) по системе клинко-статистических групп рассчитывается как сумма стоимости всех случаев пролеченных граждан:

$$FO_n = \sum_j C_{слj}, \quad (2.5)$$

где:

Cслj - стоимость одного пролеченного случая;

j –случаи лечения.

2.4. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программной установлена доля заработной платы и прочих расходов определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times КС \times КУС \times КД) + БС \times КД \times КСЛП, \quad (2.6)$$

где

БС - базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи или медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);

КС - коэффициент специфики по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУС - коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациентов (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (используется, если установлен для данного случая Тарифным соглашением);

КД – коэффициент дифференциации 1,21;

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)

2.5. Оплата расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве производится в соответствии со статьей 32 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ (не оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования). Случаи тяжелого производственного травматизма, приведшие к госпитализации (более 60 дней), и/или применению дорогостоящих металлоконструкций (стоимость металлоконструкции превышает стоимость случая лечения по КСГ), оплачиваются в объеме фактических затрат. Длительные госпитализации оплачиваются с учетом фактической длительности госпитализации - нормативная стоимость 1 койко-дня по КСГ умножается на фактическую длительность. Дорогостоящие металлоконструкции оплачиваются исходя из их фактической стоимости.

3. ОПЛАТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 Объем средств для финансирования ССМП на месяц рассчитывается по формуле:

$$C_{смн} = ДПН_d \times Чон_n \times ПК + \sum_i O_i \times T_i \pm В_з, \quad (3.1)$$

где:

ДПН_d – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи;

Чон_n – численность застрахованного населения, обслуживаемого n-ной ССМП, определяется ежемесячно как среднее значение между численностью на конец и на начало расчетного месяца по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц;

ПК – поправочный коэффициент, определяемый по формуле 3.4;

O_i – фактические объемы, оказанной медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу;

T_i – тариф за единицу объема медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу;

i – направления, финансируемые дополнительно за выполненные объемы;

В_з – взаиморасчеты с другими медицинскими организациями за оказание скорой медицинской помощи.

3.2 Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЭП}^i \times КД^i, \quad (3.2)$$

ДПНⁱ – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

КДⁱ – коэффициент дифференциации i-той медицинской организации (применяется в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

КД_{ПВ} – коэффициент половозрастного состава, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КД_{УМ} – коэффициент уровня медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и

географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации;

КДпн – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации;

3.3 Для обеспечения математического соответствия сумм, начисленных ССМП области, сумме средств, сформированных на оплату скорой помощи по подушевому нормативу, используется поправочный коэффициент, рассчитанный по формуле:

$$ПК = \frac{ПН_{баз} \times Ч_{з}}{\sum_i (ДПн^i \times Ч_{з}^i)}, \quad (3.3)$$

где:

ПН_{баз} – базовый норматив финансирования скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо;

Ч_зⁱ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек;

ДПнⁱ – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i- той медицинской организации;

i – ССМП, работающие в системе ОМС Кемеровской области - Кузбасса.

3.4 Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^i = ДПн^i \times ПК, \text{ где:} \quad (3.4.)$$

ДПнⁱ – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i- той медицинской организации,

ПК - поправочный коэффициент для обеспечения математического соответствия сумм, начисленных ССМП области, сумме средств, сформированных на оплату скорой помощи по подушевому нормативу.

3.5 Исполнение объемов по тромболизису оценивается в целом по медицинской организации в пределах годовых объемов.

4. ОПЛАТА ПО ПОЛНОМУ ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Объем средств для финансирования базовой части полного подушевого норматива рассчитывается ежемесячно территориальным фондом ОМС для медицинской организации по следующей формуле:

$$Сппн^i = ДППН^i * Чпр^i * ПК \quad (4.1)$$

где:

ДППНⁱ – дифференцированный полный подушевой норматив на одно застрахованное лицо согласно Тарифному соглашению для медицинской организации;

Чпрⁱ – численность прикрепленного населения (среднее значение между численностью на конец и на начало расчетного месяца) в n-ной медицинской организации;

ПК – поправочный коэффициент, определяемый по формуле (4.2).

Поправочный коэффициент применяется для математического соответствия начисленной суммы полного подушевого норматива по всем медицинским организациям, сумме средств, сформированных на оплату по полному подушевому нормативу:

$$ПК = \frac{ППН_{баз} * \sum_n Чпр_n}{\sum_n (ППН_{\epsilon} * Чпр_n)} \quad (4.2)$$

где:

ППН_{баз} – базовый норматив финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи;

ППН_ε – полный подушевой норматив на одно застрахованное лицо согласно Тарифному соглашению для медицинской организации;

Чпр_n – численность прикрепленного населения;

n – медицинские организации Кемеровской области - Кузбасса, финансируемые по полному подушевому нормативу.

4.2. Сумма финансирования для медицинской организации ежемесячно рассчитывается по следующей формуле:

$$Сп^i = Сппн^i + ОСрдппн^i + ОСфап^i + ОСому^i + Взп^i - Взп^i, \quad (4.3)$$

где:

Сппнⁱ - базовая часть полного подушевого норматива;

ОСрдппнⁱ – объем средств за достижение целевых значений показателей результативности деятельности;

ОСфапⁱ – объем средств на финансирование ФАПов;

- ОСому¹ - фактическая стоимость оказанной медицинской помощи, финансируемой дополнительно к подушевому нормативу (произведение фактических объемов на тариф)
- Взн¹ - стоимость услуг, посещений, оказанных неприкрепленным к данной медицинской организации гражданам;
- Взн¹ – стоимость внешних услуг, посещений, оказанных прикрепленным гражданам вне медицинской организации;
- i – медицинские организации Кемеровской области - Кузбасса, финансируемые по полному подушевому нормативу.

5. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

5.1. Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются между медицинскими организациями в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС с соблюдением маршрутизации пациентов, устанавливаемой приказами Минздрава Кузбасса, и утвержденных порядков оказания медицинской помощи.

5.2. При осуществлении взаиморасчетов через СМО их учет производится в рамках централизованного расчета стоимости медицинской помощи. Для этой цели формат передачи данных реестров счетов должен соответствовать утвержденному для проведения централизованного расчета. Оплата и взаиморасчеты за проведенные услуги осуществляются с соблюдением маршрутизации пациентов, устанавливаемой приказами Минздрава Кузбасса, и учитывают установленные порядки выдачи направлений застрахованным гражданам в другие медицинские организации.

Реестр счетов по медицинской организации включает все выполненные объемы медицинской помощи. В сводном счете медицинской организации отдельно указывается сумма средств, подлежащая перечислению другим медицинским организациям за выполненные медицинские услуги.

5.3. При формировании взаиморасчетов учитывается следующий порядок возмещения средств в пользу медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь:

5.3.1 Из дохода медицинской организации, направившей пациента:

- медицинские услуги, выполненные по направлению амбулаторного подразделения данной медицинской организации (за исключением услуг, перечисленных в п.5.3.2 и в п.2.5 Тарифного соглашения, диализа);
- медицинские услуги, оказанные по направлению врача стационара, проводящего лечение.

5.3.2 Из дохода медицинской организации, прикрепившей пациента (в том числе при отсутствии направления):

- медицинская услуга «иммунопрофилактика иммуноглобулином против клещевого энцефалита»;
- медицинская услуга «определение РНК/ДНК возбудителей инфекций, передаваемых иксодовыми клещами в крови методом ПЦР»;
- посещения, обращения в пределах утвержденного показателя стоимости медицинской помощи;
- медицинские услуги (обследования, определенные законодательными актами субъекта РФ, санитарно-эпидемиологическими правилами), оказанные одному из родителей

ребенка (законному представителю), при совместном нахождении с ребенком в стационарных условиях по экстренным показаниям до достижения ребенком возраста четырех лет, с ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний по заключению лечащего врача.

5.3.3 Из дохода медицинской организации на территории обслуживания СМП:

– вызовы, оказанные обслуживаемому населению другими ССМП области.



6. КОНТРОЛЬ ИСПОЛНЕНИЯ ПЛАНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМОВ И СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6.1. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов и стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Высокотехнологичная медицинская помощь и внешние медицинские услуги (посещения, обращения) оплачиваются в пределах установленной стоимости.

6.2. Оценка исполнения плана выполняется по перечню показателей:

1. Случаи лечения в стационарных условиях.
2. Высокотехнологичная медицинская помощь.
3. Случаи лечения в условиях дневного стационара.
4. УЕТ (без распределения по целям).
5. Неотложная помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации.
6. Профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации.
7. Диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.
8. Посещения и обращения по КВД.
9. Внешние медицинские услуги (посещения, обращения).
10. Процедуры диализа (без распределения по видам и условиям оказания).
11. Сцинтиграфия.
12. Компьютерная томография.
13. Магнитно-резонансная томография.
14. Позитронная эмиссионная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела.
15. УЗИ сердечно-сосудистой системы.
16. Эндоскопические диагностические исследования.
17. Молекулярно-генетические исследования.
18. Патологоанатомические исследования.

19. Расшифровка, описание и интерпретация данных ЭКГ с применением телемедицинских технологий.
20. Тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).
21. Медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях.

6.3. Контроль исполнения плановых показателей объемов и стоимости медицинской помощи проводится ежемесячно в пределах плановых объемов и стоимости на месяц.

Высокотехнологичной медицинской помощи - ежемесячно, в пределах плановой стоимости на год.

Медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях - ежемесячно, в пределах плановой стоимости на год.

Оценка исполнения плана для проведения:

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;
 - диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
 - процедуры диализа (без распределения по видам и условиям оказания),
 - сцинтиграфии,
 - компьютерной томографии,
 - магнитно-резонансной томографии,
 - Позитронная эмиссионная томография костей, совмещенная с компьютерной томографией всего тела
 - ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы,
 - эндоскопических диагностических исследований,
 - молекулярно-генетических исследований
 - патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии,
 - расшифровки, описания и интерпретации данных ЭКГ с применением телемедицинских технологий
 - тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19),
- осуществляется ежемесячно, в пределах плановой стоимости.

6.4. Расчет плановых показателей осуществляется нарастающим итогом с учетом фактического исполнения за предыдущие периоды. Фактическое значение показателя формируется с учетом результатов медико-экономического контроля.

Плановая стоимость дерматологической помощи кожно-венерологического диспансера делится на плановые стоимости по посещениям и обращениям по доле в соответствии с годовым планом.

6.5. Ежемесячный план устанавливается как $1/12$ от утвержденного годового значения, умноженного на число прошедших месяцев года, включая отчетный, за минусом фактического значения показателя за истекший период года.

При отсутствии на отчетный период плановых объема и/или стоимости (отрицательные значения) в результате уменьшения годовых планов ежемесячный план устанавливается как вновь утвержденное годовое значение за минусом фактического значения показателя за истекший период года деленное на остаток месяцев года.

План на декабрь устанавливается как утвержденное годовое значение за минусом фактического значения показателя за 11 месяцев года.

При расчете значения объема медицинской помощи осуществляется округление до целого числа.

6.6. В случае превышения плановых объемов и/или стоимости, установленных для медицинской организации на отчетный период, отклоняются от оплаты случаи, последние по времени оказания, с учетом приоритетности оплаты медицинской помощи, оказанной при онкологических заболеваниях (по КСГ st08.001-st08.003, st19.001-st19.143, st36.012 – в части круглосуточного стационара; ds08.001-ds08.003, ds19.016-ds19.115, ds36.006 – в части дневного стационара). Допускается превышение принятой к оплате суммы над плановым значением не более 50% от стоимости случая последнего по дате начала лечения.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинской организации

1. Расчет стимулирования МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население, производится за счет объема средств, сформированного в целом по области в размере 1% ежемесячно от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

2. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией по разработке ТПОМС (Комиссией) 1 раз в квартал.

2.1. По результатам оценки исходя из количества набранных баллов формируется рейтинг медицинских организаций. Результаты оценки и предлагаемые размеры выплат каждой МО, предоставляются на рассмотрение и утверждение в Комиссией. Расчет, утвержденный решением Комиссии, включается в расчет финансирования медицинской организации за декабрь текущего года, с отражением отдельной строкой в счете медицинской организации за оказанную медицинскую помощь.

При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

3. Перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности деятельности), применяемых для указанных медицинских организаций, приведен в Приложении 6 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций сформирован с учетом рекомендуемой Приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (в ред.) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» численности прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала (на терапевтическом участке -1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше, на участке врача общей практики -1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше).

4. Показатели результативности разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

4.1. В случае, когда группа показателей результативности одного из блоков неприменима для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей

медицинской организации рассчитывается без учета этой группы показателей.

5. **Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций** представлен в Приложении 7 к Тарифному соглашению.

5.1. Показатели результативности рассчитываются на среднее количество прикрепленного к медицинской организации населения за отчетный период(год).

5.2. Для оценки прироста показателей результативности используются установленные целевые значения показателей для каждой медицинской организации (Приложения 8, 9, 10 к Тарифному соглашению).

6. Каждый показатель, включенный в блок (Приложение 11 к Тарифному соглашению), оценивается в баллах, которые суммируются.

6.1. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 6 баллов для показателей блока 3 (женское население).

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

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

I – выполнившие до 40 процентов показателей,

II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей,

III – свыше 60 (включительно) процентов показателей.

8. Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии, которое публикуется на сайте ТФОМС не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

9. Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

9.1. **1 часть** – распределение 70% от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

- Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$OC_{RD(нас)}^j = \frac{0,7 \times OC_{RD}^j}{\sum Ч_{исл}}$$

где:

$ОС_{РД(нас)}^j$ объем средств, используемый при распределении 70% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$ОС_{РД}^j$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Числ$ численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период. Средняя численность рассчитывается по формуле:

$$Числ_i^j = \frac{Ч_{мес1} + Ч_{мес2} + \dots + Ч_{мес11} + Ч_{мес12}}{12}$$

где:

$Числ_i^j$ - среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек

$Ч_{мес1}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации, принятая в расчет ПН для первого месяца года, человек;

$Ч_{мес2}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации, принятая в расчет ПН для второго месяца года, человек;

$Ч_{мес11}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации, принятая в расчет ПН для одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес12}$ численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации, принятая в расчет ПН для двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период, рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(нас)}^j = ОС_{РД(нас)}^j \times Числ_i^j,$$

где

$Числ_i^j$ – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

9.2. **2 часть** – распределение 30% от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$ОС_{РД(балл)}^j = \frac{0.3 \times ОС_{РД}^j}{\sum Балл}$$

где:

$ОС_{РД(балл)}^j$ – объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$ОС_{РД}^j$ – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Балл$ – количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30% от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(балл)}^j_i = ОС_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j,$$

где:

$Балл_i^j$ – количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу,

средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

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

11. Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии фактического выполнения не менее 90% установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи:

- с профилактической и иными целями (посещений),
- по поводу заболеваний (обращений).

11.1. При условии выполнения медицинской организацией менее 90% указанного объема медицинской помощи, по посещениям с профилактическими или иными целями и/или обращений по поводу заболеваний, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи.

12. Размер средств, получаемых каждой МО за достигнутые показатели, распределяется между СМО пропорционально численности застрахованных лиц, прикрепленных к МО за отчетный период.

13. В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчёта показателей может быть скорректирована Комиссией на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом Министерства здравоохранения Кузбасса за расчетный период путем перерасчета к значению за период.