

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 5
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГОРОДА БАЙКОНУР НА 2021 ГОД

г. Байконур

26.07.2021 г.

Администрация города Байконур в лице заместителя Главы администрации Адасева Николая Петровича, Отдел здравоохранения города Байконур в лице начальника Квач Жанны Викторовны, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Воскобойник Натальи Викторовны, Страховая медицинская организация в лице директора Байконурского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Избаевой Жанаркуль Нуралиевны, Общественная организация «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения» в лице председателя Соболевой Надежды Павловны, именуемые в дальнейшем Сторонами, в соответствии с решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур от 26 июля 2021 г. (протокол № 7), заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2021 год от 15 января 2021 г. (далее - Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2021 год от 15 января 2021 г. (далее - Тарифное соглашение) следующие изменения:

1.1 Абзац 7 Тарифного соглашения читать в новой редакции «— приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

1.2 Абзац 2 раздела IV Тарифного соглашения читать в следующей редакции: «Порядок проведения контроля установлен приказом Федерального фонда ОМС от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

1.3 Приложение № 22 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)» изложить в новой редакции согласно Приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.4 Дополнить Тарифное соглашение Приложением № 26 «Тарифы на оплату исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию» согласно Приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.5 Раздел II Тарифного соглашения дополнить абзацем: «В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18.06.2021 г. № 927 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» с 1 июля 2021 г. в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложением №26 к Тарифному соглашению. Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным Приложением № 26 к Тарифному соглашению:

1. За комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови.

2. За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6 минутной ходьбой;
- определение концентрации Д - димера в крови;
- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские

вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая дополнительно из средств межбюджетного трансферта не осуществляется.

1.6 Приложение № 18 «Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по стоимости одного случая лечения» изложить в новой редакции согласно Приложению № 3 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.7 Приложение № 19 «Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной затроемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара)» изложить в новой редакции согласно Приложению № 4 к настоящему Дополнительному соглашению.

1.8 Абзац 1 подпункта 3.1 пункта 3 раздела III Тарифного соглашения читать в следующей редакции: «Базовый подушевой норматив 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), на 1 застрахованное лицо в год составит - 13 733,01 рублей».

1.9 Абзац 1 подпункта 3.4 пункта 3 раздела III Тарифного соглашения читать в следующей редакции: «Средний размер (базовый подушевой норматив) финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования города Байконур в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо в год составляет – 1 165,77 рублей».

1.10 Абзац 2 подпункта 3.4 пункта 3 раздела III Тарифного соглашения читать в следующей редакции: «Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-профильную группу (КПП) в условиях дневного стационара (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет- 20 390,57 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 15 930,13 рублей). Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке в условиях дневного стационара составляет 71,95%».

1.11 Приложение № 24 «Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП, их целевые значения и порядок применения» изложить в новой редакции согласно Приложению № 5 к настоящему Дополнительному соглашению.

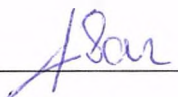
2. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 июля по 31 декабря 2021 года. Положения Тарифного соглашения, не затронутые настоящим дополнительным соглашением, остаются без изменений.

**ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН,
УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

От администрации
города Байконур

_____ Н.П. Адасев

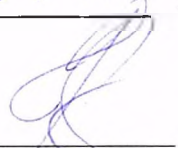
От Отдела здравоохранения
Города Байконур

 _____ Ж.В. Квач

От Территориального фонда
Обязательного медицинского
страхования города Байконур

 _____ Н.В. Воскобойник

От Страховой медицинской
Организации АО «СК «СОГАЗ-Мед»

 _____ Ж.Н. Избаева

От Первичной профсоюзной организации
комплекса «Байконур

 _____ Н.П. Соболева

ЗНАЧЕНИЯ
КОЭФФИЦИЕНТОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ
ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РАЗМЕРА ШТРАФА ЗА НЕОКАЗАНИЕ,
НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи	0	1

	впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.		
1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		

1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	1	0

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

2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой обязательного медицинского страхования времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3
2.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, в том числе:		
2.3.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.3.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья:	0	2
2.3.3.	приведший к летальному исходу.	0	3
2.4.	Несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения застрахованного лица, которому по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	0	0,3
2.5.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований, в том числе:		
2.5.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
2.5.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
2.5.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3
2.6.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не	1	0

	соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (по факту выявления, с учетом информации лицензирующих органов).		
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы обязательного медицинского страхования.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <1>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <2>, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и/или использование медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях).	0,5	0,5
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6

2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин в течение 5 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда или территориального фонда или страховой медицинской организации.	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях <3>.	0.1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0.5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи выше тарифа, установленного тарифным соглашением;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0.3

2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования.	0	0.3
Раздел 3 Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с отсутствием обоснования клинического диагноза в первичной медицинской документации или несоответствие результатов обследования клиническому диагнозу:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0.1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0.3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0.4	0.3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0.9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0.1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0.4	0.3

3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1
3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0,5	0,6
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской	0,8	1

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

	страхования; на выбор врача.		
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов: одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0.6

<1> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. N 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 42, ст. 5979; 2020, N 48, ст. 7813).

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

<3> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2020, N 29, ст. 4516

Приложение № 26
 К Тарифному соглашению на 2021 год,
 принятому 15 января 2021 года
 Утверждено
 Дополнительным соглашением №5
 от 26 июля 2021 г.
 К Тарифному соглашению на 2021 год

Приложение № 2
 к Дополнительному соглашению № 5

Тарифы на оплату исследований и медицинских вмешательств, включенных в углубленную диспансеризацию

Наименование исследования/услуги	Тариф, руб.
I этап углубленной диспансеризации	
- измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое,	30,72
- проведение спирометрии или спирографии,	158,72
- общий (клинический) анализ крови развернутый,	113,91
- биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови)	625,93
- проведение теста с 6 минутной ходьбой	76,80
- определение концентрации Д-димера в крови	537,09
II этап углубленной диспансеризации	
проведение эхокардиографии	1 750,00
проведение компьютерной томографии легких	1 363,20
проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей	1 458,30

Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара
по стоимости одного случая лечения

в рублях

Специальности	Взрослые	Дети
Акушерство-гинекология	20 724,98	-
Неврология	21 356,57	21 356,57
Оториноларингология	20 772,08	20 772,08
Педиатрия	-	20 906,96
Терапия	20 913,38	-
Травматология	21 410,10	-
Урология	20 981,90	-
Хирургия	20 879,13	-

Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной
затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях
дневного стационара)

Базовая ставка финансового обеспечения на 2021 год	20 390,57 руб.	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент специфики оказания медицинской помощи
Акушерство и гинекология	0,8	1,21
Неврология	1,05	0,95
Оториноларингология	0,98	0,99
Педиатрия	0,93	1,05
Терапия	0,74	1,32
Травматология	1,25	0,8
Урология	0,98	1,00
Хирургия	0,92	1,06

«Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП, их целевые значения и порядок применения»

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов
1	Выполнение плановых объемов по оказанию скорой медицинской помощи прикрепленному населению	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	$D_{смп} = V_{выз.факт} / V_{выз.план.} * 100$, где	более или равно 80% - 1 балл
				$V_{выз.факт}$ - фактическое количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленных лиц за отчетный период	менее 80%- 0,75 балла
				$V_{выз.план.}$ - плановое количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленных лиц за отчетный период	менее 50% - 0 баллов
2	Выполнение плановых объемов МП по профилактическим медицинским осмотрам взрослых и детей, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	$D_{проф.} = V_{дф_{кв}} / V_{дп_{кв}}$, где:	более или равно 80 % - 1 балл
				$V_{дф}$ – объем лиц, прошедших профилактический осмотр в отчетном периоде	менее 80% -0,75 балла
				$V_{дп}$ – объем лиц, подлежащих профилактическому осмотру, в отчетном периоде	менее 50% - 0 баллов
3	Выполнение плановых объемов по диспансеризации определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	$D_{дис.} = V_{дф} / V_{дп} * 100$, где:	более или равно 80 % - 1 балл
				$V_{дф}$ – объем лиц, прошедших диспансеризацию в отчетном периоде;	менее 80% -0,75 балла
				$V_{дп}$ – объем лиц, подлежащих диспансеризации по плану, в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов
4	Выполнение плановых объемов МП по	%	Ежемесячно,	$D_{пп.} = V_{пп} / V_{ппобщ} * 100 * 100$, где:	более или равно 90% -1 балл

	профилактическим посещениям с иными целями, установленных Комиссией по разработке ТПОМС		нарастающим итогом	V _{пп} – фактический объем профилактических посещений с иными целями в отчетном периоде;	менее 90% -0,75 балла
				V _{общ} – плановый объем посещений с иными целями в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов
5	Выполнение плановых объемов МП по обращениям, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	Доб. = V_{об}/V_{об.общ} *100, где:	более или равно 75% -1 балл
				V _{обп} – фактический объем обращений в отчетном периоде;	менее 75% -0,75 баллов
				V _{общ} – плановый объем обращений в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов
6	Выполнение плановых объемов МП в неотложной форме, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	Д неот. = V_{об}/V_{об.общ} *100, где:	более или равно 75% -1 балл
				V _{обп} – фактический объем посещений в отчетном периоде;	менее 75% -0,75 балла
				V _{общ} – плановый объем посещений в отчетном периоде.	менее 50% -0 баллов
7	Выполнение плановых объемов МП по проведению тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции COVID-19, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	У гос. = Дфакт. / Дплан * 100, где	более или равно 75% -1 балл
				Дфакт. - объем фактически выполненного тестирования в отчетном периоде;	менее 75% -0,75 балл
				Дплан- объем плановых услуг по проведению тестирования в отчетном периоде.	менее 50% -0 баллов
8	Выполнение плановых объемов МП в круглосуточном стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	Д стац. = V_{гос.}/V_{об.гос.} *100, где:	более или равно 75% -1 балл
				V _{госп} – фактический объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар;	
				V _{об.госп.} плановый объем случаев госпитализации в	менее 75% -0,75 балла

	стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС			Vгосп – фактический объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар;	
				Vоб.госп. плановый объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар	менее 75% -0,75 балла
					менее 50% -0 баллов
9	Летальность в круглосуточном стационаре среди прикрепленного населения	%	Ежемесячно	$L = \frac{Чу}{Чгос} * 100$, где	до 1,5 случаев и менее -1 балл
				Чу - число умерших в круглосуточном стационаре в текущем месяце	от 1,5 случаев, не более 2 - 0,5 балла
				Чгос - число пролеченных в круглосуточном стационаре в текущем месяце	более 2 случаев -0 баллов
10	Выполнение плановых объемов МП в дневном стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, нарастающим итогом	$Ддс. = \frac{Vлеч.}{Vоб.леч.} * 100$, где:	более или равно 70% -1 балл
				Vглеч. – фактический объем случаев лечения в дневном стационаре в отчетном периоде;	менее 70% -0,75 балла
				Vобщ – плановый объем случаев лечения в дневном стационаре в отчетном периоде.	менее 50% - 0 баллов

Методика оценки результативности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП.

1. Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется на основании установленных показателей и баллов. Коэффициент достижения результата определяется суммарно.
2. Максимальная сумма баллов для медицинской организации составляет - 10 баллов. Расчет показателей осуществляется ежемесячно. Оценка показателя осуществляется в процентах, полученное значение округляется до сотого знака с учетом правил математического округления. Сумма баллов вычисляется до десятого знака с учетом правил математического округления.
3. При сумме баллов от 10 до 7,5 включительно значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации на следующий месяц не пересчитывается.
4. При сумме баллов менее 7,5 значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации уменьшается на 5% в следующем месяце.