

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 3
К СОГЛАШЕНИЮ О ТАРИФАХ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2022 ГОД**

г. Рязань

29 марта 2022 года

Представители:

органа исполнительной власти Рязанской области, в лице министра здравоохранения Рязанской области Прилуцкого Андрея Александровича, заместителя министра здравоохранения Рязанской области Хоминца Владимира Владимировича;

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области в лице директора Манухиной Елены Васильевны, заместителя директора Федосовой Юлии Викторовны;

страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Рязанской области в лице директора филиала ООО «Капитал МС» в Рязанской области Юдина-Беседина Виктора Викторовича, директора Рязанского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Филькиной Людмилы Федоровны;

Рязанской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, в лице председателя Шамбазовой Натальи Сергеевны и заместителя председателя Караушевой Людмилы Евгеньевны;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице председателя общественной организации «Ассоциация организаторов здравоохранения Рязанской области» Сорокиной Людмилы Юрьевны, председателя Рязанской областной общественной организации «Ассоциация врачей терапевтов» Якушина Сергея Степановича,

именуемыми в дальнейшем «Стороны», руководствуясь:

- Федеральными законами:
 - ✓ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
 - ✓ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 12.03.2022 № 346 «О внесении изменения в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;
- постановлением Правительства Рязанской области от 28.12.2021 № 423 «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2022 год на плановый период 2023 и 2024 годов»;

– Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н;

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.02.2022 № 100н «О внесении изменений в приложение № 5 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н, и Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 г. № 231н»;

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 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»;

– письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы»;

– методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом от 02.02.2022 Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 11-7/И/2-1619) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№ 00-10-26-2-06/750);

– порядками оказания медицинской помощи и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Рязанской области, заключили настоящее Дополнительное соглашение № 3 к Соглашению о тарифах на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Рязанской области на 2022 год (далее – Дополнительное соглашение), о нижеследующем:

1. Внести в Соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Рязанской области на 2022 год (протокол от 30.12.2021 № 18, в ред. протокола от 28.01.2022 № 1) (далее – Тарифное соглашение) следующие изменения:

1.1. В разделе II «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Рязанской области»:

абзац первый подпункта 2.4.4 изложить в следующей редакции:

«2.4.4) оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в следующем порядке:»;

абзац первый подпункта 2.5.3 изложить в следующей редакции:

«2.5.3) оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, производится в следующем порядке:».

1.2 В разделе III «Тарифы на оплату медицинской помощи»:

пункт 3.9 изложить в следующей редакции:

«Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию 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, а также 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 обязательного медицинского страхования.».



2. Внести в приложения к Тарифному соглашению следующие изменения:



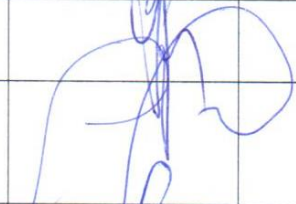




2.1. Таблицу 1 приложения № 4 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.2 Приложение № 22 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему Дополнительному соглашению.

2.3. Приложение № 28 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему Дополнительному соглашению.

3. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.04.2022, за исключением положений, вступающих с даты, указанной в них.

Министр здравоохранения Рязанской области		А.А. Прилуцкий
Заместитель министра здравоохранения Рязанской области		В.В. Хоминец

Директор ТФОМС Рязанской области		Е.В. Манухина
Заместитель директора по экономическим вопросам ТФОМС Рязанской области		Ю.В. Федосова
Директор Рязанского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»		Л.Ф. Филькина
Директор филиала ООО «Капитал МС» в Рязанской области		В.В. Юдин-Беседин
Председатель общественной организации «Ассоциация организаторов здравоохранения Рязанской области»		Л.Ю. Сорокина
Председатель Рязанской областной общественной организации «Ассоциация врачей терапевтов»		С.С. Якушин
Председатель Рязанской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ		Н.С. Шамбазова
Заместитель председателя Рязанской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ		Л.Е. Караушева

Дифференцированные подушевые нормативы, применяемые при финансировании ПМСП, оказываемой в амбулаторных условиях с 01.04.2022

(руб.)

Наименование медицинской организации	Дифференцированный подушевой норматив в месяц	Поправочный коэффициент	Фактический дифференцированный подушевой норматив в месяц*
ГБУ РО "Областная клиническая больница имени Н.А. Семашко структурное подразделение - Городская поликлиника № 2"	148,22795529	0,83172352954655	200,63180012
ГБУ РО "Областная клиническая больница"	138,43239434	0,83172352954655	196,89637687
ГБУ РО "Областной клинический кардиологический диспансер"	126,01837606	0,83172352954655	178,69417149
ГБУ РО "Шилковский межрайонный медицинский центр"	174,98150855	0,83172352954655	248,65997820
ГБУ РО "Городская поликлиника № 12"	122,15881994	0,83172352954655	177,28526279
ГБУ РО "Городская клиническая поликлиника № 6"	145,69452607	0,83172352954655	196,05486052
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 1"	292,66342858	0,83172352954655	429,27466820
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 6"	292,36910623	0,83172352954655	435,21360002
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 7"	292,75707660	0,83172352954655	419,66152324
ГБУ РО "Городская клиническая больница № 4"	125,82412257	0,83172352954655	180,13897186
ГБУ РО "Городская клиническая больница № 11"	123,32974934	0,83172352954655	177,21568728
ГБУ РО "Клепиковская районная больница"	204,10904970	0,83172352954655	270,04014576
ГБУ РО "Поликлиника завода "Красное знамя"	149,28347236	0,83172352954655	205,33662168
ГБУ РО "Рязанская межрайонная больница"	174,99198916	0,83172352954655	246,58334392
ГБУ РО "Сапожковская районная больница"	203,47251610	0,83172352954655	272,14535960
ГБУ РО "Сасовский межрайонный медицинский центр"	175,21934649	0,83172352954655	247,04386270
ГБУ РО "Скопинский межрайонный медицинский центр"	175,86176918	0,83172352954655	247,73656499
ГБУ РО "Спасская районная больница"	205,40030361	0,83172352954655	272,19728863
ГБУ РО "Городская клиническая больница № 5"	124,88873261	0,83172352954655	179,27807799
ГБУ РО "Касимовский межрайонный медицинский центр"	172,33659688	0,83172352954655	245,66336765
ГБУ РО "Кораблинская межрайонная больница"	182,85968764	0,83172352954655	252,22672721
ГБУ РО "Милославская районная больница"	203,34777636	0,83172352954655	267,11245790
ГБУ РО "Александро-Невская районная больница"	179,92847350	0,83172352954655	250,35607755
ГБУ РО "Новомичуринская межрайонная больница"	172,59663956	0,83172352954655	246,70735845
ГБУ РО "Рыбновская районная больница"	177,24955945	0,83172352954655	246,64893380
ГБУ РО "Рязжский межрайонный медицинский центр"	184,01845350	0,83172352954655	255,26596845
ГБУ РО "Сараевская межрайонная больница"	179,41557806	0,83172352954655	248,74899456
ГБУ РО "Старожилковская районная больница"	177,51745088	0,83172352954655	249,28020172
ГБУ РО "Чучковская районная больница"	205,11278683	0,83172352954655	271,76367940
ГБУ РО "Шацкая межрайонная больница"	179,86620924	0,83172352954655	253,23678995
ЧУЗ "Больница "РЖД-Медицина" города Рыбное"	173,00939112	0,83172352954655	243,61143068
ФКУЗ "Медико-санитарная часть №62 Федеральной службы исполнения наказаний"	83,00980640	0,83172352954655	145,73664708
ФКУЗ "Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Рязанской области"	84,38727887	0,83172352954655	148,49494617
ФГКУ "1586 Военный клинический госпиталь" Министерства обороны Российской Федерации	121,79650741	0,83172352954655	193,36219401
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 2"	292,71694174	0,83172352954655	428,54508314
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 3"	292,43599768	0,83172352954655	432,73727615
ФГБОУ ВО "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации	126,41719739	0,83172352954655	166,49894762

Кроме того, значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, за счет средств межбюджетных трансфертов на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в едином размере для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, составляет 37,84706780 рублей с 01.02.2022 (за февраль, сроком на 1 месяц).

*При определении фактического дифференцированного подушевого норматива в месяц используется коэффициент специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающий проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц (Приложение 31 к Тарифному соглашению)

**РАЗМЕР
НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ
ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА
(с 12.03.2022)**

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 впервые установлены	0	1

	диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения (в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи).		
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 персонифицированного 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	1	0

	медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;		
1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	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, неустановленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим установленным в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании.	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 по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;	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	1	0

	оказания медицинской помощи.		
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
2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) 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, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	0,5	0,5
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, учетно-отчетной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от Федерального фонда обязательного медицинского страхования или территориального фонда обязательного медицинского страхования, или страховой медицинской организации, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению.	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	1	0

	медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).		
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании;	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
2.16.3.	некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации.	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 невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением 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, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
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 помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1
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 патолого-анатомического диагнозов 2 - 3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме).	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, базовой программы обязательного медицинского страхования; на выбор врача.	0	0,3
3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского		

	страхования, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;		2
3.14.3.	приведший к летальному исходу.		3
3.15.	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 указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;		1
3.15.2.	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);		2
3.15.3.	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).		3

Экспертные мероприятия проводятся в соответствии с приказом Министерства 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».

**РАЗМЕРЫ И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТ
МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ,
ИМЕЮЩИМ ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ, ЗА ДОСТИЖЕНИЕ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, критерии, целевые значения их оценки, а также доля показателя установлены приложением 23 к настоящему Тарифному соглашению..

2. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) устанавливается единый для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, подушевой норматив финансирования при определении величины выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности за соответствующий период (с 01.01.2022 - 12,413027553724 руб. в месяц, с 01.02.2022 - 7,45178732169738 руб. в месяц)..

3. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией ежеквартально. Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производить по итогам каждого полугодия.

4. Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{\text{ПН}} = ФДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3^i + ОС_{\text{РД}}, \text{ где:}$$

$ОС_{\text{ПН}}$ финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$ОС_{\text{РД}}$ объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

5. Расчет значений критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в соответствии с приложением № 14 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством

здравоохранения Российской Федерации (№ 11-7/И/2-1619 от 02.02.2022) и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (№ 00-10-26-2-06/750 02.02.2022)

6.Перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций представлен в таблице № 2 приложения № 28 к Соглашению о тарифах на медицинскую помощь.

7.Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

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

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

8. Первоначально на основании фактического выполнения показателей результативности, медицинские организации распределяются на три группы:

- I - выполнившие до 50 процентов показателей;
- II - выполнившие от 50 до 70 процентов показателей;
- III - выполнившие свыше 70 процентов показателей.

Для отнесения к III группе необходимо выполнить минимальное число показателей результативности в зависимости от того, какую помощь оказывает медицинская организация. Минимальное число показателей результативности представлено в таблице:

	Блок 1. Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)	Блок 2. Детское население (от 0 до 17 лет включительно)	Блок 3. Оказание акушерско-гинекологической помощи	Всего
Число показателей результативности по каждой группе	16	7	5	28
Минимальное число <i>показателей</i> результативности, которое необходимо выполнить МО для отнесения ко II группе МО				
МО, оказывающие помощь взрослому и детскому населению, акушерско-гинекологическую помощь	+	+	+	14
МО, оказывающие помощь взрослому и детскому населению	+	+		12
МО, оказывающие помощь взрослому населению, акушерско-гинекологическую помощь	+		+	11
МО, оказывающие помощь взрослому населению	+			8

МО, оказывающие помощь детскому населению		+		4
Минимальное число <i>показателей</i> результативности, которое необходимо выполнить МО для отнесения к III группе МО				
МО, оказывающие помощь взрослому и детскому населению, акушерско-гинекологическую помощь	+	+	+	20
МО, оказывающие помощь взрослому и детскому населению	+	+		16
МО, оказывающие помощь взрослому населению, акушерско- гинекологическую помощь	+		+	15
МО, оказывающие помощь взрослому населению	+			11
МО, оказывающие помощь детскому населению		+		5

Для отнесения к II группе необходимо выполнить минимальное число показателей результативности для данной группы, при этом число выполненных показателей результативности должно быть меньше минимального порога для III группы.

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

1 часть - распределение 70 процентов 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.

$$OC_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times OC_{РД}^j}{\sum \text{Числ}},$$

где:

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

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

$\sum \text{Числ}$ 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 среднюю численность за период.

Расчетный объем средств, для i -ой медицинской организации II и III групп за j -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности $(OC_{РД(нас)i}^j)$, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{РД(нас)i}^j = OC_{РД(нас)}^j \times \text{Числ}_i^j,$$

где:

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

2 часть - распределение 30 процентов 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.

$$OC_{РД(балл)}^j = \frac{0,3 \times OC_{РД}^j}{\sum \text{Балл}},$$

где:

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

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

$\sum \text{Балл}$ 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 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций $(OC_{РД(балл)i}^j)$, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{РД(балл)i}^j = OC_{РД(балл)}^j \times \text{Балл}_i^j$$

где:

Балл_{*i*}^{*j*} количество баллов, набранных в *j*-м периоде *i*-той медицинской организацией III группы.

10.Общий расчетный объем средств для оплаты медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, в медицинскую организацию (ОС_{*all i*}^{*j*}) определяется в следующем порядке:

для медицинских организаций I группы за *j*-тый период - равняется нулю;

для медицинских организаций II группы за *j*-тый период - равняется 1 части (см. расчет в пункте 90 настоящего приложения);

для медицинских организаций III группы за *j*-тый период – равняется сумме 1 и 2 частей (см. расчет в пункте 9 настоящего приложения);

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

При этом используется бальная шкала оценки выполнения объемов медицинской помощи в рамках подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях:

Выполнение посещений с профилактическими и иными целями		Выполнение обращений по заболеванию (%)	
%	Число баллов	%	Число баллов
Менее 80 %	0	Менее 80%	0
От 80% до 90%	1	От 80% до 90%	1
Равно или более 90%	2	Равно или более 90%	2

После оценки выполнения плановых объемов медицинской помощи происходит корректировка расчетного объема средств для *i*-ю медицинской организации II и III групп за *j*-тый период с учетом показателей результативности с учетом выполнения плановых объемов медицинской помощи:

$$ОС V_{all i}^j = ОС_{all i}^j \times k_{V i}^j$$

где:

ОС V_{*all i*}^{*j*} - расчетный объем средств, направляемый в *i*-ю медицинскую организацию II и III групп с учетом выполнения плановых объемов медицинской помощи за *j*-тый период с учетом показателей результативности;

ОС_{*all i*}^{*j*} – расчетный объем средств, направляемый в *i*-ю медицинскую организацию II и III групп за *j*-тый период с учетом показателей результативности;

$k_{V_i}^j$ коэффициент, учитывающий выполнение плановых объемов медицинской помощи по в i -ю медицинской организации II и III групп за j -тый период.

Значения коэффициента, учитывающего выполнение плановых объемов медицинской помощи определяется следующим образом:

Число баллов, набранных медицинской организацией по результатам выполнения объемов медицинской помощи	Значения коэффициент, учитывающего выполнение плановых объемов медицинской помощи
0	0,8
От 1 до 3	0,9
4	1

В целях приведения расчетного объема средств с учетом выполнения плановых объемов медицинской к общему объему средства стимулировать медицинских организаций объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию II и III групп с учетом выполнения плановых объемов медицинской за j -тый период с учетом показателей результативности рассчитывается по формуле:

$$OC VF_{all i}^j = OC V_{all i}^j \times \frac{\sum OC_{all i}^j}{\sum OC V_{all i}^j}$$

где:

$OC VF_{all i}^j$ объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию II и III групп с учетом выполнения плановых объемов медицинской за j -тый период с учетом показателей результативности.

12. В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена.

13. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц осуществляется с учетом показателей результативности деятельности с 1 января 2022 года.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц

N	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя <*>	Макс. балл
Блок 1. Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)				25
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл	1
2	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 1 балл; Прирост ≥ 10% - 2 балла	2
3	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл	1
4	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом	Прирост показателя за	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5%	1

	хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.	период по отношению к показателю за предыдущий период	- 0,5 балла; Прирост $\geq 10\%$ - 1 балл	
5	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост $< 5\%$ - 0 баллов; Прирост $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Прирост $\geq 10\%$ - 1 балл	1
6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).	Достижение планового показателя	100% плана или более	2
Оценка эффективности диспансерного наблюдения				
7	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения $\langle * \rangle$, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения $\langle * \rangle$, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост $< 5\%$ - 0 баллов; Прирост $\geq 5\%$ - 1 балл; Прирост $\geq 10\%$ - 2 балла	2
8	Число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения $\langle * \rangle$, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение $< 5\%$ - 0 баллов; Уменьшение $\geq 5\%$ - 0,5 балла; Уменьшение $\geq 10\%$ - 1 балл	1

	болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.			
9	Доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более	1
10	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более	1
11	Доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более	2
12	Доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение \geq 5% - 0,5 балла; Уменьшение \geq 10% - 1 балл	1
13	Доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по	Уменьшение показателя за	Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение \geq	2

	причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	период по отношению к показателю в предыдущем периоде	5% - 1 балл; Уменьшение \geq 10% - 2 балла	
14	Доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение $<$ 5% - 0 баллов; Уменьшение \geq 5% - 0,5 балла; Уменьшение \geq 10% - 1 балл	1
Оценка смертности				
15	Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде (среднее значение коэффициента смертности за 2019, 2020, 2021 годы)	Увеличение показателя смертности или уменьшение $<$ 2% - 0 баллов; Уменьшение от 2 до 5% - 1 балл; Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла; Уменьшение \geq 10% - 3 балла	3
16	Число умерших за период, находящихся под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение $<$ 5% - 0 баллов; Уменьшение \geq 5% - 1,5 балла; Уменьшение \geq 10% - 3 балла	3

Блок 2. Детское население (от 0 до 17 лет включительно)				10
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
17	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя	100% плана или более	1
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению	1
21	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению	2
22	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное	Достижение планового	100% от числа подлежащих	1

	наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.	показателя	диспансерному наблюдению	
Оценка смертности				
23	Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Увеличение показателя смертности или уменьшение < 2% - 0 баллов; Уменьшение от 2 до 5% - 1 балл; Уменьшение от 5 до 10% - 2 балла; Уменьшение \geq 10% - 3 балла	3
Блок 3. Оказание акушерско-гинекологической помощи				6
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
24	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл	1
25	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Достижение планового показателя	100% плана или более	1
26	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при	Прирост показателя за период по отношению к	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10%	1

	диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	показателю за предыдущий период	- 1 балл	
27	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост \geq 5% - 0,5 балла; Прирост \geq 10% - 1 балл	1
28	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более	2

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

<***> Выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов.

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

Основной диагноз	Сопутствующие заболевания	Осложнение заболевания
Ишемические болезни сердца (I20 - I25)	Сахарный диабет (E10 - E11)	Сердечная недостаточность (I50.0 - I50.9)
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (I10 - I13)	Хроническая обструктивная легочная болезнь (J44.0 - J44.9)	Фибрилляция и трепетание предсердий (I48) Другие нарушения сердечного ритма (I49)
Цереброваскулярные болезни (I60 - I69)	Хроническая болезнь почек (N18.1 - N18.9)	Предсердно-желудочковая (атриовентрикулярная) блокада и блокада левой ножки пучка Гиса (I44)

	<p>Другие нарушения проводимости (I45)</p> <p>Легочно-сердечная недостаточность неуточненная (I27.9)</p> <p>Гипостатическая пневмония неуточненная (J18.2)</p> <p>Хроническая болезнь почек неуточненная (N18.9)</p> <p>Уремия (N19)</p> <p>Гангрена (R02)</p> <p>Другие поражения легкого (J98.4)</p> <p>Эмфизема (легкого) (J43.9)</p>
--	--

Таблица 2

Перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций

Наименование медицинской организации	Блок 1. Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)	Блок 2. Детское население (от 0 до 17 лет включительно)	Блок 3. Оказание акушерско-гинекологической помощи
ГБУ РО "Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко" структурное подразделение - "Городская поликлиника № 2", оказывающая медицинскую помощь застрахованному прикрепленному населению	1*		
ГБУ РО "Областная клиническая больница"	1	1	1
ГБУ РО "Областной клинический кардиологический диспансер"	1		
ГБУ РО "Шиловский межрайонный медицинский центр"	1	1	1
ГБУ РО "Городская поликлиника № 12"	1		
ГБУ РО "Городская клиническая поликлиника № 6"	1		
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 1"		1	
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 6"		1	

ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 7"		1	
ГБУ РО "Городская клиническая больница № 4"	1		
ГБУ РО "Городская клиническая больница № 11"	1		
ГБУ РО "Клепиковская районная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Поликлиника завода "Красное знамя"	1		1
ГБУ РО "Рязанская межрайонная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Сапожковская районная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Сасовский межрайонный медицинский центр"	1	1	1
ГБУ РО "Скопинский межрайонный медицинский центр"	1	1	1
ГБУ РО "Спасская районная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Городская клиническая больница № 5"	1		
ГБУ РО "Касимовский межрайонный медицинский центр"	1	1	1
ГБУ РО "Кораблинская межрайонная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Милославская районная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Александро-Невская районная больница"	1	1	
ГБУ РО "Новомичуринская межрайонная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Рыбновская районная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Рязский межрайонный медицинский центр"	1	1	1
ГБУ РО "Сараевская межрайонная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Старожиловская районная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Чучковская районная больница"	1	1	1
ГБУ РО "Шацкая межрайонная больница"	1	1	1
ЧУЗ "Больница "РЖД-Медицина" города Рыбное"	1	1	1
ФКУЗ "Медико-санитарная часть №62 Федеральной службы исполнения наказаний"	1		
ФКУЗ "Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Рязанской области"	1		
ФГКУ "1586 Военный клинический госпиталь" Министерства обороны Российской Федерации	1		
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 2"		1	
ГБУ РО "Городская детская поликлиника № 3"		1	
ФГБОУ ВО "Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова" Министерства здравоохранения Российской Федерации структурное подразделение - городская поликлиника, оказывающая медицинскую помощь застрахованному прикрепленному населению	1		

<*> 1-признак применимости показателей блока к медицинской организации