

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 7  
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ**

г. Севастополь

«15» июля 2019 г.

Департамент здравоохранения города Севастополя, в лице исполняющего обязанности директора Шеховцова С.Ю., первого заместителя директора Нусинова В.М., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя, в лице директора Гроздовой Т.Ю., первого заместителя директора Игнатовой И.А., страховые медицинские организации города Севастополя, в лице директора Севастопольского филиала ООО «Страховая медицинская компания «Крыммедстрах» Галянской Л.С. и директора Севастопольского филиала «Крымской страховой медицинской компании» ООО «Арсенал медицинское страхование» Колтуновой Е.А., Севастопольская территориальная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Кравченко И.Д., Региональная общественная организация «Ассоциация врачей Севастополя», в лице члена Авериной Е.В. и члена Стояновой О.А., включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Севастополя, в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования города Севастополя от 19.12.2018 (далее – дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Настоящее дополнительное соглашение изменяет действие отдельных положений Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования города Севастополя от 19.12.2018 (далее - Тарифное соглашение).

2. В абзаце 16 пункта 1.1. Тарифного соглашения слова: «от 01.12.2010 № 230» заменить словами: «от 28.02.2019 № 36».

3. Пункт 2.3.3. Тарифного соглашения после абзаца 11 дополнить абзацами №№ 12-15 следующего содержания:

«Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства 1 раз в год представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи, в соответствии с перечнем «Показателей результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства», установленных в соответствии с Приложением № 24 к Тарифному соглашению, проводится оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц,



с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

Результаты оценки показателей результативности по бережливому производству передаются представителями регионального центра в Комиссию по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация получает выплату в размере 1 % ежемесячной суммы подушевого финансирования в случае достижения всех показателей результативности (11 баллов), установленных в Приложении № 24 Тарифного соглашения.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства, указан в Приложении № 24 Тарифного соглашения.».

4. Пункт 2.3.4. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«2.3.4. Финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан осуществляется путем оплаты по тарифам за комплексное посещение при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров; диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; при прохождении несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров в порядке, определенном Министерством здравоохранения Российской Федерации.».

5. Пункт 2.3.5. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«2.3.5. Диспансеризация определенных групп взрослого населения (первый и второй этап) осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» и оплачивается за комплексное посещение проведения диспансеризации, в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии.

Застрахованное лицо проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь. Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, утвержденными Минздравом России.

При необходимости для проведения приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств,



проводимых в рамках диспансеризации, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

При проведении диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках диспансеризации.

При выявлении у гражданина в процессе диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров (консультаций) врачами-специалистами, исследований и мероприятий, включая осмотр (консультацию) врачом-онкологом при выявлении подозрений на онкологические заболевания визуальных и иных локализаций, не входящих в объем диспансеризации определенных групп взрослого населения, они назначаются и выполняются в соответствии с положениями порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния), с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций.

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой «Диспансеризация».

Первый этап считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения в течение года не менее 85 % от объема исследований первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотра фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологического исследования мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай и оплачивается за комплексное посещение в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена по результатам первого и второго этапов диспансеризации.

Исследования второго этапа диспансеризации вне зависимости от периодичности их проведения подлежат оплате по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.



В случае проведения мобильными медицинскими бригадами полного комплекса мероприятий в рамках диспансеризации, применяются повышающие коэффициенты к установленным тарифам на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап) в размере 1,2.».

6. Пункт 2.3.6. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«2.3.6. Профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) осуществляются в соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

Профилактический медицинский осмотр может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, утвержденными Минздравом России.

При необходимости для проведения приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактических медицинских осмотров, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

При проведении профилактического медицинского осмотра могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра.

При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра медицинских показаний к проведению осмотров (консультаций) врачами-специалистами, исследований и мероприятий, включая осмотр (консультацию) врачом-онкологом при выявлении подозрений на онкологические заболевания визуальных и иных локализаций, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра, они назначаются и выполняются в соответствии с положениями порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния), с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций.

При выявлении у гражданина по результатам профилактического медицинского осмотра высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и (или) ожирения, и (или) гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, а также



установлении по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача гражданин направляется на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического осмотра.

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра, вносятся в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с пометкой «Профилактический медицинский осмотр».

Профилактический медицинский осмотр считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола застрахованного лица, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом.

Оплата профилактического медицинского осмотра взрослого населения осуществляется за комплексное посещение в соответствии с настоящим Тарифным соглашением.

В случае проведения мобильными медицинскими бригадами полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, применяются повышающие коэффициенты к установленным тарифам на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по профилактическому медицинскому осмотру взрослого населения в размере 1,2.».

7. В пункт 2.3.7. Тарифного Соглашения внести следующие изменения:

7.1. абзац 1 изложить в следующей редакции:

«Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» и оплачиваются за комплексное посещение проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, в пределах объемов, распределенных между медицинскими организациями решением Комиссии.»;

7.2. абзац 6 исключить.

8. Абзац 3 пункта 2.3.8. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«Оплата осуществляется за комплексное посещение проведения диспансеризации.».

9. Абзац 3 пункта 2.3.9. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«На оплату предоставляется комплексное посещение проведения диспансеризации.».



10. Пункт 2.3.17. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«2.3.17. В амбулаторных условиях при оказании медицинских услуг с применением мобильных медицинских комплексов оплата осуществляется с применением повышающего коэффициента в размере 1,2 к установленным тарифам настоящим Тарифным соглашением.».

11. Пункт 3.1. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, действующих на территории города Севастополя, формируются в соответствии с методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и совместным письмом от 21.11.2018 Минздрава России № 11-7/10/2-7543, ФФОМС № 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».».

12. Подпункт 1 пункта 3.2. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 3 818,63 рубля, расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;».

13. Подпункт 1 пункта 3.3. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в стационарных условиях, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС – 5 012,06 рубля, расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;».

14. Подпункт 1 пункта 3.4. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи,



установленных территориальной программой ОМС – 1 121,34 рубля, расчет в соответствии с Приложением № 9 к Тарифному соглашению;».

15. Пункт 4.1. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования осуществляются в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»».

16. Пункт 5.1. Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«5.1. Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями города Севастополя лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется в соответствии с утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н.».

17. Приложение № 2 к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему дополнительному соглашению.

18. Приложение № 9 к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему дополнительному соглашению.

19. Приложение № 10 к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению № 3 к настоящему дополнительному соглашению.

20. Приложение № 16 к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению № 4 к настоящему дополнительному соглашению.

21. Приложение № 22 к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению № 5 к настоящему дополнительному соглашению.

22. Приложение № 24 к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению № 6 к настоящему дополнительному соглашению.

23. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяет свое действие на отношения, возникшие с 01.07.2019. Настоящее дополнительное соглашение к тарифному соглашению составлено и подписано в десяти экземплярах.



Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего дополнительного соглашения.


Исполняющий обязанности директора  
Департамента здравоохранения города  
Севастополя

  
« 15 » июня 2019 года С.Ю.Шеховцов


Первый заместитель директора  
Департамента здравоохранения города  
Севастополя

В.М.Нусинов  
« 15 » июня 2019 года

Директор Севастопольского филиала  
«Крымской страховой медицинской  
компании» ООО «Арсенал  
медицинское страхование»

  
« 15 » июня 2019 года Е.А.Колтунова

Директор Севастопольского филиала  
ООО «Страховая медицинская  
компания «Крыммедстрах»

  
« 15 » июня 2019 года Л.С.Галянская

Член Региональной общественной  
организации «Ассоциация врачей  
Севастополя»

  
« 15 » июня 2019 года Е.В.Аверина


Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования города Севастополя

  
« 15 » июня 2019 года Т.Ю. Гроздова

Первый заместитель директора  
Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования города Севастополя

И.А.Игнатова  
« 15 » июня 2019 года

Председатель Севастопольской  
территориальной организации  
профсоюзов работников  
здравоохранения Российской  
Федерации

  
« 15 » июня 2019 года И.Д.Кравченко

Член Региональной общественной  
организации «Ассоциация врачей  
Севастополя»

О.А.Стоянова  
« 15 » июня 2019 года



**Порядок  
оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому  
нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом  
показателей результативности деятельности медицинской организации,  
в том числе с включением расходов на медицинскую помощь,  
оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема  
медицинской помощи)**

**1. Общие положения**

1.1 Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) (далее - Порядок) устанавливает порядок расчета дифференцированных подушевых нормативов, в соответствии с которыми страховые медицинские организации осуществляют финансирование медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования, и имеющих прикрепленное население.

1.2 Настоящий Порядок разработан в соответствии с пунктами 139, 140 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н, и письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2018 N 11-7/10/2-7543, ФФОМС от 21.11.2018 № 14525/26-1/и "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" (в редакции от 19.04.2019 № 11-7/и/2-3440 и № 4855/26-2/и).

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) утверждает дифференцированные подушевые нормативы в соответствии с настоящим Порядком один раз в квартал.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя (далее Фонд) доводит дифференцированные подушевые нормативы до страховых медицинских организаций.

При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую

помощь, страховые медицинские организации (далее - СМО) учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи и дифференцированные подушевые нормативы.

1.3 При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования объемы мероприятий по диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, объемы неотложной медицинской помощи, оказанной отделениями (кабинетами) неотложной медицинской помощи, объемы посещений травмпунктов, приемных отделений больниц, объемы городских кабинетов консультативного приема, не включаются в подушевой норматив.

Медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не обслуживающие прикрепленное население, и осуществляющие консультативные приемы, а также предоставляющие услуги гемодиализа и перитонеального диализа, в подушевом финансировании не участвуют.

Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным в системе ОМС за пределами территории города Севастополя, в подушевой норматив финансирования не включается.

## **2. Определение среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

2.1 Расчет среднего размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, осуществляется по формуле:

$$\Phi O_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} = \frac{(\text{Н}o_{\text{ПРОФ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} + \text{Н}o_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Н}o_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}},$$

где:

$\text{Н}o_{\text{ПРОФ}}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$\text{Н}o_{\text{ОЗ}}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

$\text{Н}o_{\text{НЕОТЛ}}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;



Нфз<sub>ПРОФ</sub> - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

Нфз<sub>ОЗ</sub> - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

Нфз<sub>НЕОТЛ</sub> - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

ОС<sub>МТР</sub> - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

Чз - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, человек.

2.2 Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования, осуществляется по формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{(\Phi O_{CP}^{АМБ} \times Чз - ОС_{ЕО})}{Чз},$$

где:

ОС<sub>ЕО</sub> - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам, рублей.

### **3. Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива**

3.1 Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива застрахованные лица на территории города Севастополя распределяются по следующим половозрастным группам:

- ноль - один год мужчины/женщины;
- один год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;

- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

Для каждой  $i$ -й половозрастной группы Фондом на основании фактических данных об объемах медицинской помощи за предшествующий период рассчитывается частота посещений:

$$\text{ЧП}_i = \frac{\Pi_i}{\text{Чз}_i}$$

где

$\Pi_i$  – количество посещений к врачу застрахованных лиц  $i$ -й половозрастной группы за выбранный Фондом период, при этом среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении принимается равным 2,9.

$\text{Чз}_i$  – численность застрахованного населения в  $i$ -й половозрастной группе.

Рассчитывается частота посещений в целом по региону за выбранный период:

$$\text{ЧП} = \frac{\sum \Pi_i}{\text{Чз}}$$

Половозрастной коэффициент дифференциации для  $i$ -й половозрастной группы определится как соотношение частоты посещений в  $i$ -й половозрастной группе к частоте посещений по региону:

$$\text{КДпв}_i = \text{ЧП}_i / \text{ЧП}$$

(округляется до шести знаков после запятой).

3.2 Половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива для  $j$ -й медицинской организации рассчитывается по формуле

$$\text{КДпв}_j = \frac{\sum (\text{КДпв}_i * \text{Чпр}_{ji})}{\text{Чпр}_j}$$

(округляется до шести знаков после запятой).

где

$\text{Чпр}_{ji}$  - численность застрахованных лиц  $i$ -й половозрастной группы, прикрепленных к  $j$ -й медицинской организации, (человек);

$\text{Чпр}_j$  - общая численность застрахованных лиц, прикрепленных к  $j$ -й медицинской организации, (человек).

3.3 Для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах субъекта Российской Федерации. Указанные коэффициенты устанавливаются настоящим тарифным соглашением.

#### **4. Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**



4.1 На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, установленных пунктом 4 Требований, в субъекте Российской Федерации рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПН^j = ПН_{БАЗ} \times СКД_{ИНТ}^i, \text{ где:}$$

ДПН<sup>i</sup> дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей;

СКД<sup>i</sup><sub>ИНТ</sub> средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

4.2 Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КД_{ИНТ} = КД_{ПВ} \times КД_{СП} \times КД_{ПН} \times КД_{СИ} \times КД_{ЗП} \times КД_{СУБ},$$

где:

КД<sub>ИНТ</sub> - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

КД<sub>ПВ</sub> - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КД<sub>СП</sub> - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов, мобильных медицинских бригад, а также подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, медицинских организаций, расположенных в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах и т.п.) (при необходимости);

КД<sub>ПН</sub> - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения субъекта Российской Федерации (при необходимости);

КД<sub>СИ</sub> - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (при необходимости);

КД<sub>ЗП</sub> - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (при необходимости);

КД<sub>СУБ</sub> - районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и

приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетный уровень индекса бюджетных расходов, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация.

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню.

Основным фактором дифференциации является половозрастной состав прикрепившегося населения, в соответствии с которым определяются половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи, которые являются обязательными для применения.

Значения всех коэффициентов дифференциации устанавливаются Тарифным соглашением. До установления Тарифным соглашением, на территории города Севастополя значения коэффициентов КДсп, КДпн, КДси, КДзп и КДсуб принимаются равными 1.

4.3 Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы  $СКД_{\text{инт}}^i$

4.4 В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДПН^i \times Ч_3^i)}{ПН_{\text{БАЗ}} \times Ч_3}, \text{ где}$$

$Ч_3^i$  численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек.

4.5 Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (ФДПН) рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН^i}{ПК}, \text{ где:}$$

$ФДПН^i$  фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей.

4.6 Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, устанавливается на начало соответствующего



года и корректируется на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 апреля, 1 июля и 1 октября.

**5. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях**

5.1 При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, обслуживающей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определена доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности в размере 5 процентов.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$\text{ОСПн} = \text{ДПн} \times \text{Чзпр} + \text{ОСрд}, \text{ где:}$$

ОСПн - финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

Чзпр - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;

ОСрд - размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

5.2 Показатели результативности деятельности, порядок их применения и целевые значения устанавливаются настоящим Тарифным соглашением. Посредством указанных показателей учитывается в обязательном порядке выполнение установленных решением Комиссии объемов медицинской помощи.

Размер средств, подлежащий к перечислению в каждую медицинскую организацию, определяется как сумма средств, рассчитанная по каждому показателю результативности, исходя из размера процента от ОСрд в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, умноженного на соответствующий весовой коэффициент. Показатели результативности для каждой медицинской организации утверждаются Комиссией один раз в квартал, с учетом показателей деятельности медицинской организации в предыдущем отчетном периоде (квартал, полугодие, 9 месяцев, год).

Таблица 1

Показатели результативности деятельности, порядок их применения и

целевые значения

№	Наименование показателя	Ед. изм.	Целевое значение	Процент от ОСрд, подлежащий к перечислению	Весовой коэффициент		
					Смешанная поликлиника	Взрослая поликлиника	Для детской поликлиника
1. Доступность медицинской помощи для прикрепленного населения							
1.1	Выполнение объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях, распределенных Комиссией	%	менее 35,0	0	0,65		
		%	от 35 до 45	40			
		%	от 45 до 60	55			
		%	от 60 до 70	70			
			от 70 до 80	75			
		%	от 80 до 90	90			
		%	90 и более	100			
1.2	Выполнение объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, распределенных Комиссией	%	80 и более	100	0,05		
			от 60 до 80	85			
			от 30 до 60	70			
			менее 30	0			
1.3	Наличие обоснованных жалоб со стороны пациентов, поступивших в СМО И ТФОМС (по отчетным данным Контакт-центра)	Обоснованная жалоба	0	100	0,04		
			1 и более	0			
2. Профилактическая работа среди взрослого и детского населения							
2.1	Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения от плана	%	80 и более	100	0,05	0,1	×
			от 60 до 80	85			
			от 30 до 60	70			
			менее 30	0			
2.2	Охват профилактическим медицинским осмотром взрослого населения от плана	%	80 и более	100	0,05	0,1	×
			от 60 до 80	85			
			от 30 до 60	70			
			менее 30	0			
2.3	Охват несовершеннолетних профилактическим медицинским осмотром от плана	%	80 и более	100	0,075	×	0,15
			от 50 до 80	85			
			от 30 до 50	70			
			менее 30	0			



2.4	Охват диспансеризацией, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризацией детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных) принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью от плана.	%	от 97 до 100	100	0,025	×	0,05
			менее 97	0			
3.Результаты контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи прикрепленному населению.							
3.1	Доля нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы	%	менее 17,0	100	0,03		
			17,0 и более	0			
3.2	Доля нарушений, выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи	%	менее 25,7	100	0,03		
			25,7 и более	0			

5.3 Показатель выполнения объемов для j-й медицинской организации рассчитывается за текущий квартал Фондом на основании реестров счетов как соотношение фактически выполненных в предыдущем отчетном периоде объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в медицинских организациях, обслуживающих прикрепленное население, к плановым объемам (объемам, распределенным решением Комиссии на предыдущий отчетный период).

$$Bo_j = (\sum(O\Phi m_{pij} \times T_i)) / (\sum(O\P m_{pij} \times T_i)),$$

где

$O\Phi m_{pij}$  – фактический объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях по i-той медицинской услуге в j-й медицинской организации. В объеме медицинских услуг учитываются объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (за исключением проведения

медицинских осмотров и диспансеризации), объемы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями. При расчете фактического объема не учитываются – объемы услуг магнитно-резонансной и компьютерной томографии, объемы амбулаторного диализа.

$ОП_{п\dot{i}j}$  – плановый объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях по  $i$ -той медицинской услуге в  $j$ -й медицинской организации. Состав планового объема медицинской помощи определяется аналогично составу фактического объема.

$T_i$  – тариф на оплату  $i$ -той медицинской услуги для соответствующего уровня медицинских организаций.



Расчет средних размеров финансового обеспечения медицинской помощи по условиям оказания медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо

1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}} = \frac{(\text{Н}_{\text{ПРОФ}} \times \text{Нфз}_{\text{ПРОФ}} + \text{Н}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Н}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}},$$

где:

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{АМБ}}$  - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$\text{Н}_{\text{ПРОФ}}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 2,88 посещения;

$\text{Н}_{\text{ОЗ}}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 1,764 обращения;

$\text{Н}_{\text{НЕОТЛ}}$  - средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 0,513 посещения;

$\text{Нфз}_{\text{ПРОФ}}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 473,80 рубля;

$\text{Нфз}_{\text{ОЗ}}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 1 314,80 рублей;

$\text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}}$  - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 601,40 рубля;

$\text{ОС}_{\text{МТР}}$  - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, - 72 195 252,94 рублей;

Чз - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, - 415 531 человек.

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{AMB}} = 3\,818,63 \text{ рубля.}$$

2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в стационарных условиях, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{стац}} = \frac{НО_{\text{госп}} \times НФ_{\text{госп}} \times Чз - ОС_{\text{мтр}}}{Чз},$$

где:

НО<sub>госп</sub> - средний норматив объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 0,17443 случая госпитализации;

НФ<sub>госп</sub> - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 32 082,20 рубля;

ОС<sub>мтр</sub> - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, - 242 684 174,35 рублей;

Чз - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, - 415 531 человек.

$$\Phi O_{\text{стац}} = 5\,012,06 \text{ рубля.}$$

3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{дн}} = \frac{НО_{\text{сл}} \times НФ_{\text{сл}} \times Чз - ОС_{\text{мтр}}}{Чз},$$

где:

НО<sub>сл</sub> - средний норматив объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 0,062 случая лечения;

НФ<sub>сл</sub> - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 19 366,10 рублей;

ОС<sub>мтр</sub> - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, - 32 975 007,86 рублей;

Чз - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, - 415 531 человек.

$$\Phi O_{\text{дн}} = 1\,121,34 \text{ рубля.}$$

4. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС города Севастополя, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется по следующей формуле:



$$\Phi\text{Осмп} = \frac{\text{НОВыз} \times \text{НФвыз} \times \text{Чз} - \text{ОСмтр}}{\text{Чз}},$$

где:

НОВыз - средний норматив объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 0,3 вызова;

НФвыз - средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, - 2 314,00 рубля;

ОСмтр - размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, - 5 795 564,85 рублей;

Чз - численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации, - 415 531 человек.

**$\Phi\text{Осмп} = 680,25$  рубля.**

Среднедушевой норматив  
финансирования медицинских организаций, показатели результативности для каждой  
медицинской организации, фактические дифференцированные подушевые нормативы для групп  
медицинских организаций, половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой  
половозрастной группы

В соответствии с Порядком оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому  
нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности  
деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую  
помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, утвердить:

- среднедушевой норматив финансирования медицинских организаций в размере 166,11  
рублей в месяц;

- Таблицу № 1:

Половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы

Половозрастные группы	Половозрастные коэффициенты дифференциации	
	Мужчины	Женщины
0-1г.	4,01511345	3,93728571
1-4г.	2,86444327	2,75317073
5-17л.	1,79530205	1,77801045
18-59г.	0,37532075	-
18-54г.	-	0,49605626
>60	1,04221458	-
>55	-	1,15833803



- Таблицу № 2:

Фактические дифференцированные подушечные нормативы для групп медицинских организаций

Группы медицинских организаций	Наименование медицинской организации	Численность прикрепленного населения на 01.07.2019 года	КДпв	КДсп	КДпн	КДинт	СКДинт по группам	ДПн группы, рублей в месяц	ПК	ФДПн группы, рублей в месяц
1	ГБУЗС "Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова"	238 987	0,692707	0,900	0,900	0,561093	0,579111	96,20	0,850174	113,15
	ГБУЗС "Городская больница № 6"	18 976	0,932313	0,910	0,910	0,772048				
	ЧУ "Клиника Медекс Севастополь"	7 370	0,822967	0,900	0,900	0,666603				
2	ГБУЗС "Городская больница № 4"	44 883	0,991558	1,006	1,027	1,024440	1,360141	225,93	0,850174	265,75
	ГБУЗС "Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка»"	68 037	2,139695	0,900	0,900	1,733153				
	ГБУЗС "Севастопольская городская больница № 9"	33 834	0,976835	1,052	1,027	1,055376				

Приложение № 4  
к дополнительному соглашению  
№ 7 от 15.07.2019 года к Тарифному  
соглашению в системе ОМС  
города Севастополя от 19.12.2018 года

Приложение № 16  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС города Севастополя  
от «19» декабря 2018 года

Тарифы на оплату стоматологической помощи

№ п/п	Наименование	Стоимость 1 УЕТ, (рублей)
1	на приёме взрослого населения	138,64
2	на приёме детского населения	138,64



Приложение № 5  
к дополнительному соглашению  
№ 7 от 15.07.2019 года к Тарифному  
соглашению в системе ОМС  
города Севастополя от 19.12.2018 года

Приложение № 22  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС города Севастополя  
от «19» декабря 2018 года

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

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)		Проценты применяемых санкций	
Коды	Нарушения	Процентная ставка для определения размера неполной оплаты от размера тарифа	Процентная ставка для определения размера штрафа от размера подушевого финансирования *
Раздел 1	Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц		
1.1	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:	-	-
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	30
1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	30
1.1.3	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;	-	30
1.1.4	невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	-	-
1.2	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:	-	-
1.2.1	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	100
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	300

1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:	-	-
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	100
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	-	300
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100	100
1.5	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.	50	50
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	100
2.2	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:	-	-
2.2.1	о режиме работы медицинской организации;	-	30
2.2.2	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	30
2.2.3	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	30
2.2.4	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	30
2.2.5	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	30
2.2.6	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой	-	30
2.3	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	100
2.4	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:	-	-
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	30
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	30
2.4.3	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	30
2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	30
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	30
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном	-	30



	лечения которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		
Раздел 3	Нарушения при оказании медицинской помощи		
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	10	100
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:	-	-
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10	-
3.2.2.	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	30	-
3.2.3.	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);	40	-
3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	90	100
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	100	300
3.2.6.	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;	-	-
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:	-	-
3.3.1.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	-	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	50	-
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	30	-
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)	80	100

	ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.		
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	70	30
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60	-
3.9.	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.	-	-
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.	30	-
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	-	-
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	90	100
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации			
4.1	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100	100
4.2	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	10	-
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	10	-
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	50	-
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	100	-
4.6.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:	-	-
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.	-	30
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	100	100
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	-	-
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при	100	-



	котором предусмотрено диспансерное наблюдение;		
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100	-
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:	-	-
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	100	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	100	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	100	-
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:	-	-
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	100	-
5.3.2.	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	100	-
5.3.3.	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100	-
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:	-	-
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	100	-
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:	-	-
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	100	-
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	100	-
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	100	-
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	100	-
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:	-	-

5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100	-
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100	-
5.7.3.	Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	100	-
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования.	100	-
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	100	-
5.7.6.	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.	100	-
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.	-	-

\* Размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденного Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Севастополе на дату оказания либо отказа в оказании медицинской помощи.



Приложение № 6  
к дополнительному соглашению  
№ 7 от 15.07.2019 года к Тарифному  
соглашению в системе ОМС  
города Севастополя от 19.12.2018 года

Приложение № 24  
к Тарифному соглашению  
в системе ОМС города Севастополя  
от «19» декабря 2018 года

Показатели  
результативности деятельности медицинской организации,  
внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи  
на принципах бережливого производства

Таблица № 1

N п/п	Показатели <*>	Целевое значение	Баллы
1	Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике	Не более 3 пересечений	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий	Не более 1 пересечения	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
3	Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи	Не более 1 действия, порождающего возврат по потоку	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
4	Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов	Не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
5	Организация системы навигации в медицинской организации	Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
6	Организация рабочих мест по системе 5С	Реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
7	Организация системы информирования в медицинской организации	Соответствие контрольному	Нет - 0 баллов Да - 1 балл

		листу оценки системы информирования	
8	Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	Доля посещений по предварительной записи составляет не менее 90%	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
9	Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации	Доля записей, произведенных без посещения поликлиники, составляет не менее 50%	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
10	Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений	Не более 3 посещений	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
11	Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению	Доля реализованных улучшений на единицу персонала составляет не менее 30%	Нет - 0 баллов Да - 1 балл
	Итого		11 баллов

<\*> Достижение показателей результативности деятельности "Бережливой поликлиники" осуществляется на основании следующей методики:

1. Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике.

Оценивается одновременное нахождение у одного кабинета пациентов, направленных на диспансеризацию/профилактический медицинский осмотр с другими потоками пациентов. Пересечение потоков можно устранить как методом разведения их во времени (предварительная запись), так и в пространстве (различные кабинеты с одним функционалом).

Оцениваются: регистратура, кабинет забора крови, кабинет врача-терапевта, проведение флюорографии, маммографии.

Целевое значение: не более 3 пересечений.

2. Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий.

Оценивается одновременное нахождение у одного кабинета пациентов, обратившихся для получения платных медицинских услуг, с пациентами, получающими медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования. Пересечение потоков можно устранить как методом разведения их во времени (предварительная запись), так и в пространстве (различные кабинеты с одним функционалом). Проверяется не менее 5 мест возможного пересечения: регистратура, кабинет забора крови, врач-терапевт, врачи-специалисты, диагностические кабинеты, проведение флюорографии, маммографии.

Целевое значение: не более 1 пересечения.

3. Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи.

Возврат по потоку - повторное посещение кабинета (окна) в рамках одного процесса.



К процессам относятся: оформление листка нетрудоспособности, выписка лекарственных препаратов и др. Пример возврата по потоку: возврат в кабинет врача-терапевта с целью подписи документа, проставления печатей.

Целевое значение: не более 1 действия, порождающего возврат по потоку.

#### 4. Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов.

Зона комфортного ожидания - это специально отведенное место в медицинской организации, отвечающее следующим критериям:

- расположено вне зоны регистратуры или кабинета приема;
- оборудовано местами, для комфортного ожидания (стулья, кресла, кушетки);
- обеспечено кулером с водой и одноразовыми стаканами.

Целевое значение: не менее 1 места на 200 посещений плановой мощности.

#### 5. Организация системы навигации в медицинской организации.

Анализируются не менее 5 маршрутов поиска различных объектов (кабинетов, отделений, подразделений и других объектов).

Целевое значение: поиск необходимой информации об объекте, в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд.

#### 6. Организация рабочих мест по системе 5С.

Оцениваются не менее 10 кабинетов методом случайного выбора. Оценка осуществляется по Проверочному листу оценки соответствия рабочего места системе 5С для медицинской организации.

Целевое значение: реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест.

#### 7. Организация системы информирования в медицинской организации.

Каждый составной элемент системы информирования посетителей медицинской организации расположен в месте приложения информации, обновляется по мере ее изменения, доступен для чтения, в том числе с использованием государственных языков республик, находящихся в составе Российской Федерации, других языков народов Российской Федерации, идентичных по содержанию и техническому оформлению государственному языку. В соответствии с контрольным листом оценки системы информирования в медицинской организации.

Целевое значение: соответствие контрольному листу оценки системы информирования.

#### 8. Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи.

Оценка показателя осуществляется по данным медицинской информационной системы.

Целевое значение: доля посещений по предварительной записи не менее 90%.

#### 9. Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации.

Оценка показателя осуществляется по данным медицинской информационной системы.

Целевое значение: доля записей, произведенных без посещения поликлиники, составляет не менее 50%.

#### 10. Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений.

Для оценки показателя анализируется не менее 20 карт по случайному выбору. Количество посещений может не соответствовать количеству дней прохождения диспансеризации/профилактического медицинского осмотра. Пример: диспансеризация может быть проведена в 3 посещения в течение 2 дней.

Целевое значение: не более 3 посещений.

#### 11. Работа системы подачи и реализации предложений по улучшению.

Предложение по улучшению - идея работника (группы работников), направленная на повышение результативности и эффективности любого вида деятельности медицинской организации, не требующая открытия отдельного проекта.

К предложениям по улучшению относятся:

- улучшение состояния рабочих мест;
- повышение эффективности использования ресурсов и материальных запасов;
- упорядочение системы материально-технического обеспечения медицинской организации, в том числе сокращение времени доставки материальных запасов;
- упорядочение системы учета и отчетности;
- изменение графиков работы и ремонта оборудования или транспортных средств, мест размещения оборудования и др., методов управления медицинской организацией.

Целевое значение: доля реализованных улучшений на единицу персонала составляет не менее 30%.

Перечень медицинских организаций, финансируемых  
по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом  
показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с  
включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских  
организациях (за единицу объема медицинской помощи),  
оказывающих первичную медико-санитарную помощь  
на принципах бережливого производства

Таблица № 2

№ п/п	Наименование медицинской организации
1.	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н. И. Пирогова»
2.	ГБУЗС «Городская поликлиника № 4»
3.	ГБУЗС «Городская больница № 5 – «Центр охраны здоровья матери и ребенка»
4.	ГБУЗС «Городская больница № 6»
5.	ГБУЗС «Севастопольская городская больница № 9»
6.	ЧУ «Клиника Медекс Севастополь»