

**Дополнительное соглашение № 1  
о внесении изменений в Тарифное соглашение  
на медицинскую помощь в системе  
обязательного медицинского страхования  
Забайкальского края на 2022 год**

г. Чита

05 апреля 2022 года

Мы, нижеподписавшиеся:

Ванчикова Аягма Гармаевна – заместитель губернатора Забайкальского края, председатель Комиссии;

Чабан Сергей Николаевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края;

Назарова Ольга Анатольевна – председатель Забайкальской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Шаповалов Константин Геннадьевич - заместитель ректора ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (проректор по дополнительному профессиональному образованию), вице-президент «Ассоциации анестезиологов-реаниматологов»;

Шелехова Наталья Владимировна - генеральный директор ГК «Забайкалмедстрах», решили внести следующие изменения в Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2022 год (далее - Тарифное соглашение):

1. Изложить в новой редакции:

- пункт 2.22. раздела II. «Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара» Тарифного соглашения:

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

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к

продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении №21 к Тарифному соглашению;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению №21 к Тарифному соглашению.

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также коэффициентов относительной затроемкости установлен Территориальной программой и не может быть изменен за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ.

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ или КПГ.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным Территориальной программой, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской

помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- услуг диализа, включающих различные методы.»;

- Приложение № 14 к Тарифному соглашению «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки» (Приложение № 1.1.-1.2.);

- раздел 2.11. «Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам застрахованным за пределами Забайкальского края» Приложения № 2 к Тарифному соглашению (Приложение № 2);

- раздел 2.15. «Стоимость на оплату законченных случаев с применением высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края» Приложения № 2 к Тарифному соглашению (Приложение № 3);

- Приложение № 18 к Тарифному соглашению «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» (Приложение № 4);

- Приложение № 19 к Тарифному соглашению «Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в стационарных условиях» (Приложение № 5);

- пункт 3.8. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения;

«3.8. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определен в соответствии с пунктом 2.7. раздела II Методических рекомендаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КС_{заб}^i \times КД_{ОТ}^i \times КУ_{МО}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- $ДП_{Н}^i$  дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той медицинской организации, рублей;
- $КС_{заб}^i$  коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения для  $i$ -той медицинской организации;
- $КД_{ОТ}^i$  коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для  $i$ -той медицинской организации;
- $КУ_{МО}^i$  коэффициент уровня  $i$ -той медицинской организации;
- $КД^i$  коэффициент дифференциации для  $i$ -той медицинской организации.

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитанный с учетом указанных коэффициентов дифференциации, установлен Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

Значения коэффициента специфики, учитывающего уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, определены в соответствии с пунктом 2.3. раздела II Методических рекомендаций и установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.



Значения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала определены в соответствии с пунктом 2.5. раздела II Методических рекомендаций и установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению в размере:

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

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

Для медицинских организаций, в которых только отдельные подразделения соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации  $K_{OT}^i$ , объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения по следующей формуле:

$$K_{OT}^i = (1 - \sum D_{OTj}) + \sum (K_{OTj} \times D_{OTj}), \text{ где}$$

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

$D_{OTj}$  доля населения, обслуживаемая  $j$ -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$K_{OTj}$  коэффициент дифференциации, применяемый к  $j$ -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Перечень медицинских организаций и подразделений, для которых применяется указанный коэффициент дифференциации установлен Приложением № 9 к Тарифному соглашению.

Значения коэффициента уровня медицинской организации определены в соответствии с пунктом 2.6. раздела II Методических рекомендаций и установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

Значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определены в соответствии с пунктом 2.8. раздела II

Методических рекомендаций и установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

Значения половозрастных коэффициентов дифференциации определены в соответствии с пунктом 2.4. раздела II Методических рекомендаций и установлены Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации произведен по следующей формуле:

$$КД_{ПВ}^i = \sum_j (КД_{ПВ}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

$КД_{ПВ}^i$  половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для  $i$ -той медицинской организаций;

$КД_{ПВ}^j$  половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для  $j$ -той половозрастной группы (подгруппы);

$Ч_3^j$  численность застрахованных лиц, прикрепленных к  $i$ -той медицинской организации, в  $j$ -той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч_3^i$  численность застрахованных лиц, прикрепленных к  $i$ -той медицинской организации, человек.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределена на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше значения половозрастного коэффициента установлены в размере, равном 1,6.

В соответствии с пунктом 2.14. раздела II Методических рекомендаций при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц расчет средств финансового обеспечения собственной деятельности обслуживающих МО осуществляется с учетом выполнения показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи).

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, составляет 5 % от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

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

где:

- $ОС_{ПН}$  финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования;
- $ОС_{РД}$  объем средств, направляемый медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности);
- $ФДП_{Н}^i$  фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для  $i$ -той медицинской организации (Приложение № 10 к Тарифному соглашению).

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности обслуживающих МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и ранжирование обслуживающих МО осуществляется по итогам квартала, полугодия, 9-ти месяцев, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Осуществление выплат по результатам оценки результативности деятельности обслуживающих МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, производится с 1 января текущего года по итогам каждого полугодия по показателям, которым соответствует данный период оценки. За полугодие выплаты включаются в размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц на июль месяц, за год – в размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц на декабрь месяц.

Результаты оценки достижения значений показателей результативности деятельности обслуживающими МО оформляются протоколом Краевой комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) и доводятся до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, их балльная оценка и порядок расчета значений показателей установлены Приложением № 14 (14.1, 14.2) к Тарифному соглашению.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 50 процентов показателей, II – от 50 до 70 процентов показателей, III – свыше 70 процентов показателей.

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 Пи III групп с учетом численности прикрепленного населения.

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

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;

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

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период, рассчитываемая по следующей формуле:

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

где:

$Ч_{мес}$  среднегодовая численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м году, человек;

$Ч_{мес1}$  численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес2}$  численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j-тым, человек;

$Ч_{мес11}$  численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j-го года, человек;

$Ч_{мес12}$  численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j-го года, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию Пи III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ( $OC_{РД(нас)}^j$ ), рассчитывается следующим образом:

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

где

Числ<sub>і</sub><sup>ј</sup> – численность прикрепленного населения в ј-м периоде к і-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

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

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

где:

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

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

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

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

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

где:

$Балл^j_i$  – количество баллов, набранных в ј-м периоде і-той медицинской организацией III группы.

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

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 условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять



понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи (посещений и обращений)».

2. Дополнить Приложение № 3 к Тарифному соглашению «Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований в разрезе отдельных медицинских услуг, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края» строками следующего содержания:

«

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование	Стоимость услуги, руб.
605049	A04.12.006.002	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей	1 690,00
605048		Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	914,81

».

3. Заменить в Приложении № 3 к Тарифному соглашению «Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований в разрезе отдельных медицинских услуг, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края» строки:

«

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование	Стоимость услуги, руб.
605005	A04.10.002	Эхокардиография	1 041,12
607279	A06.09.008.001	Спиральная компьютерная томография лёгких (для диагностики COVID-19)	1579,71

».

строками следующего содержания:

«

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование	Стоимость услуги, руб.
605005	A04.10.002	Эхокардиография	2 028,10
607279	A06.09.008.001	Спиральная компьютерная томография лёгких	1579,71

».

4. Дополнить абзац пункта 3.18. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения:

«Коэффициент специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, применяемый при оплате по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, равен 1.

Исключение составят:

- обособленное подразделение государственного учреждения здравоохранения «Улетовская центральная районная больница» - участковая больница ЗАТО п. Горный, для которого коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется ко всем КСГ в размере, равном 1,2;
- КСГ, для которых коэффициент специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях применяется в размере, равном 0,8;


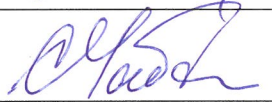

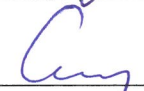

- st12.015 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1),
- st12.016 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2),
- st12.017 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3),
- st12.018 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4),
- st12.019 Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание),
- st37.021 Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (3 балла по ШРМ),
- st37.022 Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (4 балла по ШРМ),
- st37.023 Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (5 баллов по ШРМ)»,

словами следующего содержания:

«- КСГds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3), для которого коэффициент специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара применяется в размере, равном 1,035».

5. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения с 01 апреля 2022 года, Приложение № 4 - с 12 марта 2022 года.

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

	А.Г. Ванчикова
	С.Н. Чабан
	О.А. Назарова
	К.Г. Шаповалов
	Н.В. Шелехова

