

**Дополнительное соглашение № 2
о внесении изменений в Тарифное соглашение
на медицинскую помощь в системе
обязательного медицинского страхования
Забайкальского края на 2023 год**

г. Чита

15 мая 2023 года

Мы, нижеподписавшиеся:

Немакина Оксана Владимировна – министр здравоохранения Забайкальского края, председательствующий;

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

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

Лукиянов Сергей Анатольевич - президент Ассоциации Медиков "Забайкальская медицинская палата";

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 2023 год (далее - Тарифное соглашение):

1. Изложить в новой редакции:

1.1. 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 2.6. раздела II Методических рекомендаций по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД^i$$

где:

$ДП_{Н}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;

$КД_{ПВ}^i$ коэффициент половозрастного состава для i-той медицинской организации;

$КД_{УР}^i$ коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации (при необходимости)

$КД_{ЗП}^i$ коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i-той медицинской организации (при

необходимости);

$KD_{от}^i$ 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;

KD^i коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для i -той медицинской организации $KD_{зп}^i$ в расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц не используется. Значения не используемого коэффициента принимаются равным 1.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к $OC_{пнф}$, рассчитанному в соответствии с пунктом 2.2 Методических рекомендаций, определяется поправочный коэффициент (ПК) – 0,88556 по следующей формуле:

$$ПК = \frac{OC_{пнф}}{\sum_i (ДП_n^i \times Ч_3^i)}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$$ФДП_n^i = ДП_n^i \times ПК,$$

где:

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

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

Значения коэффициента половозрастного состава прикрепленного населения, в том числе на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, коэффициента специфики, учитывающего 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, коэффициента уровня расходов медицинских организаций, учитывающего плотность расселения населения, транспортную

доступность, климатические и географические особенности территории, уровень расходов, связанных с содержанием медицинской организации в зависимости от размера и площади медицинской организации, коэффициента дифференциации медицинской организации определены в соответствии с пунктами 2.3.-2.5. 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 $КД_{OT}^i$ определены в соответствии с пунктом 2.5. раздела II Методических рекомендаций, установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

Коэффициент дифференциации $КД_{OT}^i$ для обслуживающих МО рассчитывается по следующей формуле:

$$КД_{OT}^i = КД_{ЧН}^i + (КД_{OTД}^i - 1), \text{ где:}$$

$КД_{OT}^i$ – коэффициент дифференциации для i -той обслуживающей МО, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, отдаленных территориях;

$КД_{ЧН}^i$ – коэффициент дифференциации, учитывающий наличие в составе i -той обслуживающей МО подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек;

$КД_{OTД}^i$ – коэффициент дифференциации, учитывающий наличие в составе МО подразделений, расположенных на отдаленных территориях.

Коэффициент дифференциации $КД_{ЧН}^i$ учитывает в составе i -той обслуживающей МО наличие подразделений в зависимости от численности обслуживаемого населения, при его расчете применяются следующие размеры коэффициента дифференциации:

- 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 $KД_{ЧН}^i$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения по следующей формуле:

$$KД_{ОТ}^i = (1 - \sum D_{ОТj}) + \sum (KД_{ОТj} \times D_{ОТj}), \text{ где}$$

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

$D_{ОТj}$ 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);

$KД_{ОТj}$ 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.

К о э ф ф и ц и е н т д и ф ф е р е н ц и а ц и и $KД_{ОТД}^i$ учитывает в составе i -той обслуживающей МО наличие подразделений, расположенных на отдаленных территориях от места расположения головной МО.

Размер коэффициента определяется как средневзвешенное значение $KД_{ОТД}^i$ с учетом численности населения, обслуживаемого подразделениями, и отдаленности подразделений (км.) от места расположения головной МО:

- до 10 км - 1;
- от 10 км до 20 км - 1,02;
- от 20 км до 40 км - 1,04;
- от 40 км до 60 км - 1,06;

– от 60 км до 100 км – 1,08;

– более 100 км – 1,1.

Перечень медицинских организаций и подразделений, для которых применяется коэффициент 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, установлен Приложением № 9 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 организации;

$КД_{ПВ}^j$ 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 – тридцать девять лет мужчины/женщины;
- 5) сорок – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 6) 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 Методическими рекомендациями 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 3 % 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 (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.

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.

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

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Осуществление выплат по результатам оценки результативности деятельности обслуживающих МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, производится с 1 января текущего года по итогам года по показателям, которым соответствует данный период оценки. Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь или ноябрь (по решению Комиссии).

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

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

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

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

где:

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

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

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

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

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес1}} + \text{Ч}_{\text{мес2}} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес11}} + \text{Ч}_{\text{мес12}}}{12},$$

где:

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

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

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

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

$Ч_{\text{мес}12}$ 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 II и III групп за j -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС_{\text{РД}(\text{нас})}_i^j$), рассчитывается следующим образом:

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

где

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

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

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

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

где:

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

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

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

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

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

где:

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

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

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

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также 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).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.»;

1.2. Приложение № 14.1 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций. Балльная оценка показателей результативности» (Приложение № 1);

1.3. Приложение № 14.2 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций» (Приложение № 2).

1.4. Раздел IV. «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»:

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

4.1. 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, установлен в Приложении № 18 к Тарифному соглашению.

4.2. Исчисление размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, производится в соответствии с методикой, установленной пунктами 154 и 155 Правил обязательного медицинского страхования:

4.2.1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

K_{но} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

4.2.2. В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу).

4.2.3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = PП \times K_{шт},$$

где:

Сшт - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – подушевой норматив финансирования, установленный настоящим тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль:

при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации применяется РП_{СМП} - 1 332,40 руб.;

при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях применяется РП_А – 8 338,60 руб.;

при оказании медицинской помощи в условиях стационара применяется РП_{СТ} - 9 185,90 руб.;

при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара применяется РП_{Дн} - 2 374,70 руб.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1 размер РП равен предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи.

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4.3. При наличии по результатам проведенного медико-экономического контроля отклоненных от оплаты позиций реестров счетов амбулаторной и скорой медицинской помощи, оплаченной по подушевому нормативу финансирования, их стоимость принимается равной нулю.».

2. Заменить в Приложении № 2 к Тарифному соглашению «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края» строки:

«

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование	Стоимость услуги, руб.
601032	В01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	328,69
602032	В01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	328,69

».

строками следующего содержания:

«

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование	Стоимость услуги, руб.
601032	В01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	644,0
602032	В01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	644,0

».

3. Настоящее соглашение вступает в силу с 15 мая 2023 года, за исключением подпункта 1.4. пункта 1 и пункта 2 – с 1 июня 2023 года.

ПОДПИСИ СТОРОН:

_____ О.В. Немакина

_____ С.Н. Чабан

_____ О.А. Назарова

_____ С.А. Лукьянов

_____ Н.В. Шелехова