

**Дополнительное соглашение №1  
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
по обязательному медицинскому страхованию  
в Саратовской области**

г. Саратов

«24» февраля 2022 года

Министерство здравоохранения Саратовской области в лице министра здравоохранения Костина О.Н., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области в лице первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Потаповой О.В. (по доверенности), ООО «Капитал МС» (Общество с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование») в лице заместителя директора филиала ООО «Капитал МС» в Саратовской области Соколовой В.Л. (по доверенности), Ассоциация «Медицинская Палата Саратовской области» в лице президента Ассоциации «Медицинская Палата Саратовской области» Агапова В.В., Саратовская областная организация профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Саратовской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации Прохорова С.А., именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Саратовской области от 31 января 2022 года следующие изменения:

в разделе 1 «Общие положения»

абзац 7 изложить в следующей редакции:

«Случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования»;

в разделе 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Саратовской области»

абзац 82 изложить в следующей редакции:

«Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по медицинской реабилитации, осуществляется за обращение (комплексное посещение). Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений»;

абзац 85 изложить в следующей редакции:

«При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения по всем КСГ.

Коэффициенты, используемые при определении стоимости случая лечения, случая госпитализации по КСГ: коэффициент уровня медицинской

организации, коэффициент специфики, коэффициент сложности лечения пациента - к стоимости услуг не применяются»;

в разделе 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

в абзаце 120 пункт 3 слова «(при наличии)» исключить;

абзац 172 изложить в следующей редакции:

«Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи»;

абзац 175 изложить в следующей редакции:

«В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП. При отсутствии оснований применения КСЛП его значение при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0»;

абзац 177 изложить в следующей редакции:

«<sup>1</sup> Наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания), (сахарный диабет типа 1 и 2; заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации; рассеянный склероз (G35); хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1); состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8); детский церебральный паралич (G80); ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24); перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6)»;

абзац 193 изложить в следующей редакции:

«При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям, приведенным ниже, по пунктам 2-10 случай до перевода не считается прерванным по основаниям прерванности пунктов 2-4»;

абзац 230 изложить в следующей редакции:

«Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается среднее количество услуг диализа, проведенного в условиях дневного стационара в течение одного месяца лечения»;

абзац 231 изложить в следующей редакции:

«При длительности пребывания до 3-х пациенто-дней оплата производится в размере 20% от стоимости тарифа, свыше 4 пациенто-дней за неполный месяц – 50% от стоимости тарифа»;

абзац 233 изложить в следующей редакции:

«Оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей осуществляется по КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078. Отнесение случаев к указанным КСГ осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды C81-C96.9, D45-D47.9), длительности и дополнительного классификационного критерия,

включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата»;

абзац 274 изложить в следующей редакции:

«Стимулирующие выплаты осуществляются в случае выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц. Оценка выполнения критериев производится Комиссией по итогам полугодия и оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом»;

абзац 279 исключить;

абзац 285 заменить текстом следующего содержания:

«С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы в зависимости от выполнения показателей:

- I – до 50 процентов показателей ( $K_{РЕЗ}^i < 0,5$ );
- II – от 50 до 70 процентов показателей ( $0,5 \leq K_{РЕЗ}^i < 0,7$ );
- III – свыше 70 процентов показателей ( $K_{РЕЗ}^i \geq 0,7$ ).

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности ( $ОС_{РД}^j$ ) за соответствующий  $j$ -тый период, 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. Размер средств в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$ОС_{НАС}^j = \frac{0,7 \times ОС_{РД}^j}{ЧЗ^j}, \text{ где:}$$

$ОС_{НАС}^j$  – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за  $j$ -тый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо (рублей);

$ЧЗ^j$  – среднемесячная численность прикрепленного населения в  $j$ -том периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

Размер средств, направляемых в  $i$ -тую медицинскую организацию II и III групп за  $j$ -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ( $ОС_{РД(НАС)_i}^j$ ) определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(НАС)_i}^j = ОС_{НАС}^j \times ЧЗ_i^j, \text{ где:}$$

$ЧЗ_i^j$  – среднемесячная численность прикрепленного населения в  $j$ -том 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 за  $j$ -тый период ( $\sum_i КБ_j^i$ ). Стоимость 1 балла определяется по следующей формуле:

$$ОС_{БАЛЛ}^j = \frac{0,3 \times ОС_{РД}^j}{\sum_i КБ_j^i}, \text{ где:}$$

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

Объем средств, направляемый в  $i$ -тую медицинскую организацию III группы за  $j$ -тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ( $ОС_{РД(балл)}^j_i$ ), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(балл)}^j_i = ОС_{БАЛЛ}^j \times КБ_j^i, \text{ где:}$$

$КБ_j^i$  – сумма баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню показателей  $i$ -той медицинской организацией за  $j$ -тый период.

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за  $j$ -тый период для  $i$ -той медицинской организации определяется следующим образом:

- для медицинской организации, включенной в I группу – выплата не производится;

- для медицинской организации, включенной во II группу – исходя из величины  $ОС_{РД(нас)}^j_i$ ;

- для медицинской организации, включенной в III группу – исходя из величины  $ОС_{РД(нас)}^j_i$  и  $ОС_{РД(балл)}^j_i$ .

В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период.

Значения коэффициента результативности, а также фактического объема средств, направляемых на выплаты медицинской организации, за соответствующий период, устанавливаются Комиссией»;

абзацы 286, 287, 288 исключить;

абзац 386 изложить в следующей редакции:

«Стимулирующие выплаты осуществляются в случае выполнения медицинской организацией критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания. Оценка выполнения критериев производится Комиссией по итогам полугодия и оформляется решением Комиссии, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом»;

абзац 392 исключить;

абзац 394 заменить текстом следующего содержания:

«С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы в зависимости от выполнения показателей:

- I – до 50 процентов показателей ( $K_{\text{РЕЗ}}^i < 0,5$ );
- II – от 50 до 70 процентов показателей ( $0,5 \leq K_{\text{РЕЗ}}^i < 0,7$ );
- III – свыше 70 процентов показателей ( $K_{\text{РЕЗ}}^i \geq 0,7$ ).

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности ( $ОС_{\text{РД}}^j$ ) за соответствующий  $j$ -тый период, 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. Размер средств в расчете на 1 прикрепленное застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$$ОС_{\text{НАС}}^j = \frac{0,7 \times ОС_{\text{РД}}^j}{чз^j}, \text{ где:}$$

$ОС_{\text{НАС}}^j$  – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за  $j$ -тый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо (рублей);

$чз^j$  – среднемесячная численность прикрепленного населения в  $j$ -том периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

Размер средств, направляемых в  $i$ -тую медицинскую организацию II и III групп за  $j$ -тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ( $ОС_{\text{РД(НАС)}}^j$ ) определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(нас)}^j_i = ОС_{НАС}^j \times ЧЗ^j_i, \text{ где:}$$

$ЧЗ^j_i$  – среднемесячная численность прикрепленного населения в  $j$ -том периоде к  $i$ -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 за  $j$ -тый период ( $\sum_i КБ^j_i$ ). Стоимость 1 балла определяется по следующей формуле:

$$ОС_{БАЛЛ}^j = \frac{0,3 \times ОС_{РД}^j}{\sum_i КБ^j_i}, \text{ где:}$$

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

Объем средств, направляемый в  $i$ -тую медицинскую организацию III группы за  $j$ -тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ( $ОС_{РД(балл)}^j_i$ ), определяется по следующей формуле:

$$ОС_{РД(балл)}^j_i = ОС_{БАЛЛ}^j \times КБ^j_i, \text{ где:}$$

$КБ^j_i$  – сумма баллов за все достигнутые показатели результативности деятельности согласно Перечню показателей  $i$ -той медицинской организацией за  $j$ -тый период.

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности, за  $j$ -тый период для  $i$ -той медицинской организации определяется следующим образом:

- для медицинской организации, включенной в I группу – выплата не производится;

- для медицинской организации, включенной во II группу – исходя из величины  $ОС_{РД(нас)}^j_i$ ;

- для медицинской организации, включенной в III группу – исходя из величины  $ОС_{РД(нас)}^j_i$  и  $ОС_{РД(балл)}^j_i$ .

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

приказом руководителя медицинской организации за расчетный период путем перерасчета к значению за период.

Значения коэффициента результативности, а также фактического объема средств, направляемых на выплаты медицинской организации, за соответствующий период, устанавливаются Комиссией»;

абзацы 395, 396, 397 исключить;

приложения 1, 3.2, 7, 8, 10 таблица 1, 12, 13, 14, 15, 19, 20 к тарифному соглашению от 31 января 2022 года изложить в редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 соответственно к Дополнительному соглашению №1 к тарифному соглашению от «24» февраля 2022 года;

2. Настоящее соглашение вступает в силу с 01 февраля 2022 года.

**Министр здравоохранения  
Саратовской области**

«24» февраля 2022 г.

**О.Н. Костин**

**Первый заместитель директора  
Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Саратовской  
области**

«24» февраля 2022 г.

**О.В. Потапова**

**Заместитель директора филиала  
ООО «Капитал МС»  
в Саратовской области**

«24» февраля 2022 г.

**В.Л. Соколова**

**Президент Ассоциации  
«Медицинская Палата  
Саратовской области»**

«24» февраля 2022 г.

**В.В. Агапов**

**Председатель Саратовской  
областной организации  
профессионального союза  
работников здравоохранения  
Российской Федерации**

«24» февраля 2022 г.

**С.А. Прохоров**