

**Дополнительное соглашение №11
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
по обязательному медицинскому страхованию
в Саратовской области**

г. Саратов

«29» октября 2020 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), АО «МАКС-М» (Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания») в лице директора Филиала АО «МАКС-М» в г. Саратове Кирюхиной Т.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 27 декабря 2019 года следующие изменения:

В разделе 2 «Способы оплаты медицинской помощи»
после абзаца 14 добавить текстом следующего содержания:

«4. В медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к таким медицинским организациям лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанными медицинскими организациями медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций, включая показатели объема медицинской помощи (далее – оплата по всем видам и условиям оказания медицинской помощи).

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, в которых оплата медицинской помощи производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к таким медицинским организациям лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций, включая показатели объема медицинской помощи, представлен в приложении 3.1.»;

После абзаца 42 добавить текстом следующего содержания:

«В медицинских организациях, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой такими медицинскими организациями медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи) (далее – подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания), скорая медицинская помощь, медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказанная по врачебной специальности «стоматология», а также отдельные диагностические (лабораторные) исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и гистологические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), оплачиваются за единицу объема медицинской помощи: вызов, медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай).

Оплата медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания не включает размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.».

В разделе 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»

после абзаца 101 добавить текстом следующего содержания:

«Средний размер финансового обеспечения для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), составляет 1 147,6 рублей на 4 квартал 2020 года на одно прикрепленное застрахованное лицо, включая выплаты за достижение целевых значений показателей результативности их деятельности (без учета размера средств на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов).

При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания размер финансового обеспечения ежемесячно определяется ТФОМС Саратовской области как произведение установленного для данной медицинской организации фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания и численности застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

Указанный дифференцированный подушевой норматив устанавливается для групп медицинских организаций исходя из базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, базового подушевого норматива финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, половозрастного коэффициента

дифференциации подушевого норматива в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, коэффициента 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 ($K_{Дот}$) – в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, коэффициента подуровня, а также районного коэффициента к заработной плате (за работу в местностях с особыми климатическими условиями) (приложение 13.1).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи составляет:

в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 216,00 рублей в месяц;

в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 118,99 рублей в месяц;

в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 39,89 рублей в месяц.

При расчете половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива по условиям оказания медицинской помощи применяются коэффициенты дифференциации среднедушевого норматива в разрезе половозрастных групп прикрепленного населения (приложение 12.1.1, 12.1.2).

Коэффициент дифференциации ($K_{Дот}$) к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации 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.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

В случае, если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации ($K_{Дот}$), объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения.

Численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации, определяется на основании данных единого регистра прикрепленного населения Саратовской области на последний день отчетного месяца, за который осуществляется расчет. Данные вносятся медицинскими организациями посредством web-приложения «Ведение базы прикрепленного населения».

Счета на оплату медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, ежемесячно формируются ТФОМС Саратовской области для каждой медицинской организации (структурного подразделения) в разрезе страховых медицинских организаций и направляются в медицинские организации.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям, в размере 2% от суммы финансирования медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания.

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, путем увеличения дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания во втором месяце квартала, следующего за отчетным, на основании решения Комиссии. Порядок, форма и сроки предоставления сведений, необходимых для оценки выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, устанавливаются Комиссией.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, а также оценки выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, применяется следующая методика:

Методика расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций, а также оценки выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций

Дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций определяются на основе базовых (средних) подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям медицинской помощи, а также коэффициентов дифференциации подушевых нормативов, и рассчитываются по следующим формулам:

$$\text{ДПН}_{\text{общ}}^i = (\text{ДПН}_{\text{амб}}^i + \text{ДПН}_{\text{дс}}^i + \text{ДПН}_{\text{кс}}^i) \times \text{КД} \times \text{КУ}^i$$

$\text{ДПН}_{\text{общ}}^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации общий

$\text{ДПН}_{\text{амб}}^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

$\text{ДПН}_{\text{дс}}^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

$\text{ДПН}_{\text{кс}}^i$ – дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

КД – коэффициент дифференциации

КУ^i – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи, к которому относится i -тая медицинская организация.

$$\text{ДПН}_{\text{амб}}^i = \text{ПН}_{\text{баз}}^{\text{амб}} \times \text{КДПВ}_{\text{амб}}^i \times \text{КД}_{\text{от}}^i$$

$\text{ПН}_{\text{баз}}^{\text{амб}}$ – базовый подушевой норматив в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

$КДПВ_{амб}^i$ – половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i -той медицинской организации, в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

$КД_{от}^i$ – 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

$$ПН_{баз}^{амб} = \frac{(ОС_{пн}^{амб} - ОС_{рд}^{амб}) / 3}{Чз}$$

$ОС_{пн}^{амб}$ – объем финансирования медицинских организаций по видам медицинской помощи, расходы на которые включаются в состав подушевого норматива финансирования, на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

$ОС_{рд}^{амб}$ – средства, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

$Чз$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, всего

В случае, если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации ($КД_{от}^i$), при расчете объема направляемых финансовых средств учитываются доли обслуживаемого данными подразделениями населения в общей численности прикрепленного к данной медицинской организации населения.

$$ДПН_{дс}^i = ПН_{баз}^{дс} \times КДПВ_{дс}^i$$

$ПН_{баз}^{дс}$ – базовый подушевой норматив в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

$KДПВ_{дс}^i$ – половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i -той медицинской организации, в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

$$ПН_{баз}^{дс} = \frac{(ОС_{пн}^{дс} - ОС_{рд}^{дс}) / 3}{Чз}$$

$ОС_{пн}^{дс}$ – объем финансирования медицинских организаций по видам медицинской помощи, расходы на которые включаются в состав подушевого норматива финансирования, на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

$ОС_{рд}^{дс}$ – средства, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

$$ДПН_{кс}^i = ПН_{баз}^{кс} \times КДПВ_{кс}^i$$

$ПН_{баз}^{кс}$ – базовый подушевой норматив в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

$КДПВ_{кс}^i$ – половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i -той медицинской организации, в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

$$ПН_{баз}^{кс} = \frac{(ОС_{пн}^{кс} - ОС_{рд}^{кс}) / 3}{Чз}$$

$ОС_{пн}^{кс}$ – объем финансирования медицинских организаций по видам медицинской помощи, расходы на которые включаются в состав подушевого норматива финансирования, на квартал в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

$ОС_{рд}^{кс}$ – средства, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности на квартал в части медицинской

помощи, оказываемой в стационарных условиях

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент ($ПК_{дпн}$) по формуле:

$$ПК_{дпн} = \frac{\sum_i (ДПН_{общ}^i \times ЧЗ^i)}{(ПН_{баз}^{амб} + ПН_{баз}^{дс} + ПН_{баз}^{кс}) \times ЧЗ}$$

$ЧЗ^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к i -той медицинской организации

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население ($ФДПН^i$), рассчитывается по формуле:

$$ФДПН^i = \frac{ДПН_{общ}^i}{ПК_{дпн}}$$

Оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в баллах. За выполнение каждого из показателей результативности деятельности соответствующей медицинской организации присваивается по 1 баллу, в случае невыполнения показателя – 0 баллов.

Перечень показателей, по которым осуществляется оценка выполнения критериев результативности деятельности медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
Раздел I. Выполнение плановых объемов медицинской помощи			
1.1	Выполнение плановых объемов медицинской помощи в стационарных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
1.2	Выполнение плановых объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара по итогам соответствующего квартала	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или	0

№ п/п	Наименование показателя	Значение показателя	Значение критерия оценки
1	2	3	4
	(нарастающим итогом с начала года)	более 100,0%	
1.3	Выполнение плановых объемов посещений с профилактической и иными целями в амбулаторных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 80,0% и не более 100,0%	1
		Менее 80,0% или более 100,0%	0
1.4	Выполнение плановых объемов обращений по заболеванию в амбулаторных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 80,0% и не более 100,0%	1
		Менее 80,0% или более 100,0%	0
1.5	Выполнение плановых объемов медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
1.6	Выполнение плановых объемов по диспансеризации взрослых по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
1.7	Выполнение плановых объемов по профилактическим осмотрам детей по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не менее 90,0% и не более 100,0%	1
		Менее 90,0% или более 100,0%	0
Раздел II. Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи			
2.1	Соотношение суммы неоплаты (неполной оплаты) медицинской помощи по результатам медико-экономического контроля к стоимости медицинских услуг по итогам соответствующего квартала (нарастающим итогом с начала года)	Не более 0,12%	1
		Более 0,12%	0
2.2	Соотношение суммы неоплаты (неполной оплаты) медицинской помощи по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи к стоимости медицинских услуг (нарастающим итогом с начала года)	Не более 0,88%	1
		Более 0,88%	0

При установлении на территории Саратовской области ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, показатели, включенные в раздел I вышеуказанного перечня, не применяются, при этом значение критерия оценки результативности по данным показателям принимается равным 1.

Исходя из суммы средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений

показателей результативности деятельности ($ОС_{РД}$), а также максимально возможного количества баллов, присвоенного всем медицинским организациям ($КБ_{\text{макс}}$), определяется стоимость 1 балла ($СТ_{\text{Б}}$):

$$СТ_{\text{Б}} = \frac{(ОС_{\text{РД}}^{\text{амб}} + ОС_{\text{РД}}^{\text{ДС}} + ОС_{\text{РД}}^{\text{КС}})}{КБ_{\text{макс}}}$$

По каждой медицинской организации определяется фактическая сумма средств за достижение показатели результативности деятельности ($ФСумм_{\text{рез}}^i$) исходя из фактически присвоенных медицинской организации баллов ($КБ^i$) по следующей формуле:

$$ФСумм_{\text{рез}}^i = СТ_{\text{Б}} \times КБ^i$$

В зависимости от суммы средств за достигнутые показатели результативности деятельности определяется значение коэффициента результативности по каждой медицинской организации ($К_{\text{рез}}^i$) по следующей формуле:

$$К_{\text{рез}}^i = 1 + \frac{ФСумм_{\text{рез}}^i}{(ПН_{\text{баз}}^{\text{амб}} + ПН_{\text{баз}}^{\text{ДС}} + ПН_{\text{баз}}^{\text{КС}}) * ЧЗ^i}$$

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам с учетом коэффициента результативности, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент ($ПК_{\text{кр}}$) по формуле:

$$ПК_{\text{кр}} = \frac{\sum_i (ФДПН^i \times К_{\text{рез}}^i \times ЧЗ^i)}{(ПН_{\text{баз}}^{\text{амб}} + ПН_{\text{баз}}^{\text{ДС}} + ПН_{\text{баз}}^{\text{КС}}) * Чз + ОС_{\text{РД}}}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, финансируемой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой такими медицинскими организациями медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи), с учетом коэффициента результативности ($ФДПН_{\text{кр}}^i$), рассчитывается по формуле:

$$\text{ФДПН}_{\text{кр}}^i = \text{ФДПН}^i \times K_{\text{рез}}^i / \text{ПК}_{\text{кр}}$$

При выполнении показателей результативности в соответствии с установленными критериями проводится корректировка финансового плана учреждения.

Приложения 1, 3, 3.1, 5, 12.1.1, 12.1.2, 12.6, 13, 13.1 к тарифному соглашению от 27 декабря 2019 года изложить в редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 соответственно к Дополнительному соглашению №11 к тарифному соглашению от 29 октября 2020 года.

2. Настоящее соглашение вступает в силу с 01 октября 2020 года.

Министр здравоохранения Саратовской области


О.Н. Костин

«29» октября 2020 года

Первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области


О.В. Потапова

«29» октября 2020 года

Председатель Саратовской областной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации


С.А. Прохоров

«29» октября 2020 года

Президент Ассоциации «Медицинская Палата Саратовской области»

«29» октября 2020 года

В.В. Агапов



Директор Филиала АО «МАКС-М» в г. Саратове

«29» октября 2020 года

Т.В. Кирюхина



Заместитель директора филиала ООО «Капитал МС»
в Саратовской области

«29» октября 2020 года

В.Л. Соколова

