

**Дополнительное соглашение № 2  
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
по обязательному медицинскому страхованию  
в Саратовской области**

г. Саратов

«29» февраля 2024 года

Министерство здравоохранения Саратовской области в лице министра здравоохранения Костина О.Н., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Заречнева С.М., 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 АСП ООО «Капитал МС» - Филиала 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 30 января 2024 года следующие изменения:

**В разделе 1. «Общие положения»**

абзац 11 изложить в следующей редакции:

«коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке)»;

абзац восемнадцатый исключить;

абзацы девятнадцатый – двадцать первый считать соответственно абзацами восемнадцатым – двадцатым;

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

абзац пятьдесят девятый изложить в следующей редакции:

«Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, - за соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение)»;

абзац шестьдесят первый изложить в следующей редакции:

«Оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в том числе в зависимости от оценки состояния пациента по ПРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (при заболеваниях центральной нервной системы по баллам ПРМ; при кардиологических заболеваниях по баллам ПРМ; при заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ПРМ; после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) по баллам ПРМ; при других соматических заболеваниях по баллам ПРМ».

**В разделе 3 «Размер и структура тарифов оплаты медицинской помощи»**

абзац одиннадцатый изложить в следующей редакции:

«Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара) ( $СС_{КСГ}$ ) по КСГ, в составе которых Программой не установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

**БС** базовая ставка (средняя стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара)), рублей;

**КД** коэффициент дифференциации;  
\* для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» КД принимается равным 1,0;

**$КЗ_{КСГ}$**  коэффициент относительной затроемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

**$КС_{КСГ}$**  коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный

случай госпитализации

$KУС_{МО}$  коэффициент уровня/ подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$KСЛП$  коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых  $KСЛП$ );

абзац тринадцатый изложить в следующей редакции:

«Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара) ( $СС_{КСГ}$ ) по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - ДЗП) + ДЗП \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

$БС$  базовая ставка (средняя стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях (случая лечения в условиях дневного стационара)), рублей;

$КЗ_{КСГ}$  коэффициент относительной затроемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

$ДЗП$  доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ;

$КС_{КСГ}$  коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации

$КУС_{МО}$  коэффициент уровня/подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

$КСЛП$  коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых  $КСЛП$ );

$КД$  коэффициент дифференциации;  
\* для  $КСЛП$  «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями»  $КД$  принимается равным 1,0»;

абзац тридцать четвертый изложить в следующей редакции:

«Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом госпитализации, или для проведения соответствующего хирургического вмешательства»;

абзац шестьдесят восьмой изложить в следующей редакции:

«КСЛП в случае проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых может быть применен в случае, если проведение сопроводительной терапии предусмотрено соответствующими клиническими рекомендациями, в рамках госпитализаций в стационарных условиях по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.144-st19.162; в условиях дневного стационара по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.116-ds19.134. При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносуаб, эмлэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется. 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 семьдесят пятый изложить в следующей редакции:

«В целях распределения и доведения до медицинских организаций иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в целях сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом № 597, Комиссия вправе установить значения **коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы** медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации в соответствии с Указом № 597, использование которых предусмотрено Требованиями, для отдельных медицинских организаций»;

абзацы семьдесят пятый – триста восемнадцатый считать соответственно абзацами семьдесят шестым – триста девятнадцатым;

абзац восемьдесят второй изложить в следующей редакции:

«5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения»;

абзац восемьдесят третий изложить в следующей редакции:

«6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом)»;

абзац восемьдесят седьмой изложить в следующей редакции:

«9) случаи медицинской реабилитации - по КСГ st37.002, если длительность менее 14 дней; по КСГ st37.003, если длительность менее 20 дней; по КСГ st37.006, если длительность менее 12 дней; по КСГ st37.007, если длительность менее 18 дней; по КСГ st37.024 - st37.026, если длительность менее 30 дней; а также случаев лечения хронического вирусного гепатита С по КСГ ds12.016 - ds12.019, если длительность менее 28 дней; а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В (без дельта агента и дельта агентом) по КСГ ds12.020 - ds12.021, если длительность менее 30 дней»;

абзац девяносто шестой изложить в следующей редакции:

«- при длительности лечения более 3-х дней - 75% от стоимости КСГ, за исключением КСГ dsl8.002 и КСГ dsl2.016-dsl2.021»;

абзац сто двадцатый изложить в следующей редакции:

«По КСГ ds18.002 оплата 100% от тарифа осуществляется при длительности периода оказания медицинской помощи не менее 29 календарных дней включительно на отчетный период «февраль» и не менее 30 календарных дней включительно для остальных отчетных периодов. При длительности пребывания до 3-х пациенто-дней оплата производится в размере 20% от стоимости тарифа, с 4 пациенто-дня по 28 (29 для отчетных периодов не «февраль») пациенто-день - 50% от стоимости тарифа»;

абзац сто двадцать первый изложить в следующей редакции:

«Оплата случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре осуществляется по КСГ dsl2.016-dsl2.019. За единицу объема медицинской помощи по КСГ принимается длительность лечения в течение 28 дней. Оплата случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите В (с дельта агентом (D) и без (D)) в дневном стационаре осуществляется по КСГ dsl2.020-dsl2.021. За единицу объема медицинской помощи по КСГ принимается длительность лечения в течение 30 дней»;

абзац сто двадцать второй изложить в следующей редакции:

«По КСГ dsl2.016-dsl2.019 оплата 100% от тарифа осуществляется при длительности периода оказания медицинской помощи не менее 28 календарных дней включительно. При длительности пребывания до 3-х пациенто-дней оплата производится в размере 20% от стоимости тарифа, с 4 пациенто-дня по 27 пациенто-день - 50% от стоимости тарифа. По КСГ ds12.020; ds12.021 оплата 100% от тарифа осуществляется при длительности периода оказания медицинской помощи не менее 30 календарных дней

включительно и коде результата 201. При длительности пребывания до 3-х пациенто-дней производить оплату КСГ в размере 20% от стоимости тарифа независимо от значения кода результата медицинской помощи, с 4 пациенто-дня по 29 пациенто-день – 50% от стоимости тарифа»;

абзац сто двадцать девятый изложить в следующей редакции:

«1 группа - 35%; 2 группа - 41%; 3 группа - 17%; 4 группа - 31%; 5 группа - 23%; 6 группа - 32%; 7 группа - 7%; 8 группа - 52%; 9 группа - 35%; 10 группа - 50%; 11 группа - 29%; 12 группа - 26%; 13 группа - 21%; 14 группа - 18%; 15 группа - 18%; 16 группа - 39%; 17 группа - 30%; 18 группа - 23%; 19 группа - 32%; 20 группа - 28%; 21 группа - 56%; 22 группа - 38%; 23 группа - 24%; 24 группа - 39%; 25 группа - 37%; 26 группа - 36%; 27 группа - 27%; 28 группа - 21%; 29 группа - 46%; 30 группа - 37%; 31 группа - 36%; 32 группа - 26%; 33 группа - 33%; 34 группа - 40%; 35 группа - 23%; 36 группа - 35%; 37 группа - 23%; 38 группа - 20%; 39 группа - 32%; 40 группа - 31%; 41 группа - 29%; 42 группа - 37%; 43 группа - 57%; 44 группа - 51%; 45 группа - 45%; 46 группа - 56%; 47 группа - 47%; 48 группа - 35%; 49 группа - 20%; 50 группа - 18%; 51 группа - 15%; 52 группа - 11%; 53 группа - 10%; 54 группа - 9%; 55 группа - 18%; 56 группа - 16%; 57 группа - 39%; 58 группа - 18%, 59 группа - 53%, 60 группа - 20%, 61 группа - 38%, 62 группа - 18%, 63 группа - 11%, 64 группа - 53%, 65 группа - 19%, 66 группа - 16%, 67 группа - 26%, 68 группа - 34%, 69 группа - 24%, 70 группа - 46%, 71 группа - 9%, 72 группа - 32%, 73 группа - 33%, 74 группа - 30%, 75 группа - 33%, 76 группа - 38%, 77 группа - 21%, 78 группа - 28%, 79 группа - 33%, 80 группа - 18%, 81 группа - 33%».

абзац сто тридцать пятый изложить в следующей редакции:

$$\langle \text{ПН}_{\text{БЛЗ}} = \left( \frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}} - \text{ОС}_{\text{РД}}}{\text{Ч}_3 \times \text{СКД}_{\text{от}} \times \text{СКД}_{\text{шв}} \times \text{КД}} \right),$$

где:

$\text{ПН}_{\text{БЛЗ}}$	базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
$\text{ОС}_{\text{ПНФ}}$	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
$\text{ОС}_{\text{РД}}$	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;
$\text{СКД}_{\text{от}}$	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения 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;

СКД<sub>шв</sub> значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Параметр СКД<sub>от</sub> используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{СКД}_{\text{от}} = \frac{\sum(\text{КД}_{\text{от}}^i \times \text{Ч}_3^i)}{\sum(\text{Ч}_3^i)},$$

где:

КД<sub>от</sub><sup>i</sup> значение 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, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций;

Ч<sub>3</sub><sup>i</sup> численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек;

По аналогичной формуле рассчитывается значение СКД<sub>шв</sub>»;

абзац сто тридцать шестой изложить в следующей редакции:

«Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц составляет 2 550,80 рублей на год с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 2 548,25 рублей на год без учета коэффициента дифференциации (212,57 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,001 и 212,35 рублей в месяц без учета коэффициента дифференциации)»;

абзац двести тридцать пятый дополнить текстом следующего содержания:

«Прогнозная длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Предполагаемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации»;

абзац триста одиннадцать изложить в следующей редакции:

«Допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования»;

абзацы триста одиннадцатый - триста девятнадцатый считать соответственно абзацами триста двенадцатым – триста двадцатым;

приложения 1, 2, 9.1, 9.2, 9.2.1, 9.3, 9.3.1, 9.4, 9.6, 9.7, 11, 12, 13.2, 13.11, 13.13, 14, 16, 18 к тарифному соглашению от 30 января 2024 года изложить в редакции согласно приложениям 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 соответственно к Дополнительному соглашению № 2 к тарифному соглашению от «29» февраля 2024 года;

2. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с 01 февраля 2024 года, за исключением изменений в абзаце сто двадцать девятым, приложении 11 к тарифному соглашению от 30 января 2024 года (в редакции настоящего дополнительного соглашения), которое вступает в силу с 01.01.2024.

**Министр здравоохранения  
Саратовской области**



**О.Н. Костин**

«29» февраля 2024 г.

**Директор Территориального  
фонда обязательного  
медицинского страхования  
Саратовской области**



**С.М. Заречнев**

«29» февраля 2024 г.



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

  
  
 «29» февраля 2024 г.

Т.В. Кирюхина

Заместитель директора АСП  
ООО «Капитал МС» - Филиала  
в Саратовской области

  
  
 «29» февраля 2024 г.

В.Л. Соколова

Президент Ассоциации  
«Медицинская Палата  
Саратовской области»

  
  
 «29» февраля 2024 г.

В.В. Аганов

Председатель Саратовской  
областной организации  
профессионального союза  
работников здравоохранения  
Российской Федерации

  
  
 «29» февраля 2024 г.

С.А. Прохоров