

ДОПОЛНЕНИЕ № 3
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского
страхования на территории Удмуртской Республики
на 2022 год

г.Ижевск

«11» марта 2022 года

Орган исполнительной власти в лице заместителя Председателя Правительства Удмуртской Республики Ефимова Романа Валерьевича и заместителя министра здравоохранения Удмуртской Республики Петренко Марины Витальевны;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) в лице директора ТФОМС УР Валеева Тимура Анваровича и первого заместителя директора ТФОМС УР Олоновой Лады Александровны;

страховые медицинские организации в лице директора филиала ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» в г.Ижевске Гориной Александры Владимировны и директора филиала ООО "Капитал МС" в Удмуртской Республике Кирилиной Натальи Викторовны;

профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Удмуртской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (УРО ПРЗ РФ) Поповой Ольги Пантелеевны и председателя Первичной организации профсоюза БУЗ УР "ГКБ №9 МЗ УР" УРО ПРЗ РФ Кузнецовой Натальи Николаевны;

медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице председателя Совета общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Марданова Дмитрия Нургаяновича, члена общественной организации "Медицинская палата Удмуртской Республики по защите прав и интересов медицинских работников" Ватулина Валерия Валерьевича;

именуемые в дальнейшем Сторонами, заключили Дополнение № 3 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на

территории Удмуртской Республики на 2022 год (Дополнение № 3) о нижеследующем:

1. Внести следующие изменения в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики на 2022 год от 30.12.2021г. (Тарифное соглашение):

1.1. изложить 6 абзац Раздела I. "Общие положения" и разделы 1.2., 1.3., 1.4., 1.10., 1.16. раздела II в следующей редакции:

«письмо МЗ РФ от 02.02.2022г. № 11-7/И/2-1619 и ФФОМС от 02.02.2022г. № 00-10-26-2-06/750 "Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" (далее - Методические рекомендации МЗ РФ и ФФОМС.

Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

1.2. Расчет среднего подушевого норматива финансирования

Средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях (ΦO_{CP}^{AMB}) (5782,59) определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{O C_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

$O C_{AMB}$ объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Программы УР, 8 707 825 200 рублей;

$Ч_3$ численность застрахованного населения субъекта в Удмуртской Республике, 1 505 870 человек.

Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Программы УР на 2022 год, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС УР, по следующей формуле:

$$ОС_{АМБ} = (Н_{о_{проф}} \times Н_{фз_{проф}} + Н_{о_{оз}} \times Н_{фз_{оз}} + Н_{о_{неотл}} \times Н_{фз_{неотл}} + Н_{о_{мр}} \times Н_{фз_{мр}}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где}$$

ОС _{АМБ}	объем средств на оплату медицинской в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации Программы УР, 8 707 825 200 рублей;
Н _{о_{проф}}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 2,93 посещений ;
Н _{о_{оз}}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 1,7877 обращений;
Н _{о_{неотл}}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 0,54 посещений ;
Н _{о_{мр}}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» , установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 0,00287 обращений;
Н _{фз_{проф}}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 751,18 рублей;
Н _{фз_{оз}}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 1767,78 рублей;

Нфз _{МР}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация, установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 20374,43 рубля;
Нфз _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, 788,64 рублей;
ОС _{МТР}	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам Удмуртской Республики за пределами субъекта Российской Федерации, 94 831 800 рублей ;
Чз	численность застрахованного населения Удмуртской Республики, 1 505 870 человек .

1.3. Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности в размере 5 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ-проф}}}{\text{Ч}_3} \right) \times (1 - \text{Рез}), \text{ где}$$

$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, 1926,70 рублей;

$\text{ОС}_{\text{ПНФ-проф}}$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), 3 054 069 600, рублей;

Рез доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в размере 5 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в том числе профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения), неотложной медицинской помощи, а также посещений, оказанных прикрепленному населению и не прикрепленному населению.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

Подушевое финансирование применяется в части оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, по перечню должностей, приведенных в приложении 4 к Тарифному соглашению, включая расходы на медицинскую помощь в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, профилактические медицинские осмотры, в том числе проводимые в рамках диспансеризации, посещения с иными целями, в том числе при проведении второго этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, обращения по поводу заболевания, хирургические операции, выполненные в рамках посещения (обращения), лабораторные и другие лечебно-

диагностические исследования (за исключением услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам), включая оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (медицинскими комплексами), доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами (психологами, специалистами по социальной работе), проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Объем средств, поступающих в медицинскую организацию по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, включает расходы на оплату внешних медицинских услуг.

Под внешними медицинскими услугами в амбулаторных условиях понимаются посещения, обращения (законченные случаи) прикрепившихся к медицинской организации лиц, оказанные в других медицинских организациях (за исключением медицинских организаций 3 уровня).

Внешние медицинские услуги в амбулаторных условиях оплачиваются по установленным тарифам за посещение, обращение (законченный случай) медицинскими организациями, оказавшей медицинскую помощь, и удерживаются страховой медицинской организацией из финансирования медицинской организации, к которой эти лица прикреплены, за отчетный месяц.

1.4. Определение объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических осмотров и диспансеризации)

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС (ОС_{ПНФ-проф}), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{\text{ПНФ-проф}} = ОС_{\text{АМБ}} - ОС_{\text{ФАП}} - ОС_{\text{исслед}} - ОС_{\text{уд}} - ОС_{\text{неотл}} - ОС_{\text{ЕО}} - ОС_{\text{ПО}} - ОС_{\text{дисп}}, \quad \text{где:}$$

- $ОС_{\text{ФАП}}$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с Программой УР, 645 856 000 рублей;
- $ОС_{\text{исслед}}$ объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), 642 752 500 рублей;
- $ОС_{\text{уд}}$ объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации в соответствии с Программой УР, 101 298 500 рублей;
- $ОС_{\text{НЕОТЛ}}$ объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме (без учета стоматологической неотложной помощи и неотложной помощи, оказываемой в ФП, ФАПах), 446 561 300 рублей;
- $ОС_{\text{ЕО}}$ объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», 2 016 690,0 рублей.
- $ОС_{\text{ПО}}$ объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Программой УР, 912 406 000 рублей;
- $ОС_{\text{дисп}}$ объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (за исключением углубленной диспансеризации), 989 489 800 рублей.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов ($ОС_{\text{ФАП}}$), рассчитывается в соответствии с разделом 1.13.

Объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{исслед} = \sum (Но_j \times Нфз_j) \times Ч_3, \text{ где}$$

- $Но_j$ средний норматив объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, исследований;
- $Нфз_j$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения j-го исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), установленный Программой УР, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- $Ч_3$ численность застрахованного населения Удмуртской Республики, человек.

Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{неотл} = Но_{неотл} \times Нфз_{неотл} \times Ч_3.$$

Перечень медицинской помощи, оплачиваемой вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц за единицу объема медицинской помощи:

- посещения в Центрах здоровья;

- услуги диализа в амбулаторных условиях;
- обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;
- стоматологическая помощь (в том числе включая посещения в неотложной помощи);
- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- отдельные диагностические (лабораторные) исследования - компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- углубленная диспансеризация;
- медицинская помощь, оказываемая фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами;
- медицинская помощь, оказанная в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

1.10. Расчет поправочного коэффициента

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитанному в соответствии с пунктом 1.4 настоящего раздела рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{пнф-проф} \times (1 - Рез)}{\sum_i (ДП_H^i \times Ч_3^i)}$$

Поправочный коэффициент составляет 0,9486».

1.16. Подходы к оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи размер финансового обеспечения медицинской организации складывается из

фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T), \text{ где:}$$

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ фактический объем финансовых средств, получаемых медицинской организацией, рублей;
- $O_{\text{МП}}$ фактический объемы первичной медико-санитарной помощи по i -ой специальности, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);
- T тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи по i -ой специальности, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Тариф за единицу объема является единым для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

Коэффициенты для определения стоимости и тарифы на оплату посещений, обращений коэффициенты для определения стоимости и тарифы посещения, обращений при оказании стоматологической медицинской помощи представлены в **приложение 14** к Тарифному соглашению.

В стоимость тарифа за посещение, за обращение (законченный случай) включены расходы на проведение хирургических операций, лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, выполненные в рамках посещения при оказании помощи в амбулаторных условиях.

Оплата диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции осуществляется за медицинскую услугу .

Тарифы на диагностические (лабораторные) исследования представлены в **приложениях 15-21** к Тарифному соглашению.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

При оказании пациенту нескольких услуг КТ или МРТ в один день, оплата осуществляется за случай медицинской помощи с учетом количества выполненных услуг. При этом при оказании пациенту КТ или МРТ нескольких анатомических зон с контрастированием в одно посещение, тариф с контрастированием применяется для одной зоны, а для остальных используется тариф без контрастирования.»

1.2. изложить абзац 1 п.2 раздела II в следующей редакции:

«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 (КСГ));

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 п. 2.5.1. "Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно".

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 п. 2.5.1. "Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно".»

1.3. изложить абзац 5 п.2.3.1 раздела II в следующей редакции:

«При оплате случаев лечения, подлежащих по 2 КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 10 пункта 2.3.3 Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.3.1»;

1.4. изложить п.1.20. "Применение показателей результативности деятельности медицинской организации" в следующей редакции:

«При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на

проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценки в размере 5,0 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

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

$$ОС_{\text{пн}} = \text{ФДП}_{\text{н}}^i \times \text{Ч}_3^i + ОС_{\text{рд}}, \text{ где:}$$

$ОС_{\text{пн}}$ - финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{\text{рд}}$ - объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

$\text{ФДП}_{\text{н}}^i$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций выносится на рассмотрение Комиссии и утверждается решением Комиссии по итогам каждого квартала.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам каждого полугодия.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемый при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, с учетом разделения на блоки, отражающих результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения приведен в **приложении 24** к Тарифному соглашению. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по разным категориям населения в разрезе блоков приведен в **приложении 24.1** к Тарифному соглашению.

Средства, полученные медицинской организацией за выполнение целевых показателей результативности деятельности, используются на оплату расходов, включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с Тарифным соглашением.

При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение показателей результативности деятельности.

Показатели разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

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 рассчитываются без учета этой группы показателей.

Каждый показатель, включенный в блок, в соответствии с приложением 13 к Методическим рекомендациям МЗ РФ и ФФОМС (приведены в **приложении 24** к Тарифному соглашению), оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, составляет:

- 25 баллов для показателей блока 1;
- 10 баллов для показателей блока 2;
- 6 баллов для показателей блока 3.

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов.

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.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в соответствии с приложением 14 к Методическим рекомендациям МЗ РФ и ФФОМС (приведены в **приложении 24.2** к Тарифному соглашению).

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.

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

где:

$OC_{RD(нас)}^j$ - 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_{RD}^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.

Например, при осуществлении выплат по итогам достижения показателей результативности ежегодно среднюю численность рекомендуется рассчитывать по формуле:

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес}1} + \text{Ч}_{\text{мес}2} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес}11} + \text{Ч}_{\text{мес}12}}{12},$$

где:

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

- $Ч_{\text{мес}1}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j -го года, человек;
- $Ч_{\text{мес}2}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j -тым, человек;
- $Ч_{\text{мес}11}$ 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 ($ОСРД(\text{нас})ij$), рассчитывается следующим образом:

$$ОСРД(\text{нас})_i^j = ОСРД(\text{нас})^j \times Числ_i^j, \text{ где}$$

$Числ_i^j$ – 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.

$$ОСРД(\text{балл})^j = \frac{0,3 \times ОСРД^j}{\Sigma \text{Балл}}, \text{ где:}$$

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

$ОСРД^j$ - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, рублей;

$\Sigma \text{Балл}$ - 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 ($ОС_{РД(балл)ij}$), рассчитывается следующим образом:

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

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

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 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.

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.

С учетом неблагоприятной эпидемиологической обстановки, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и особенностей оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствующий период, некоторые показатели могут быть исключены из расчета.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций будет производиться с 1 апреля 2022 года, осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими

медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности будет производиться с 1 полугодия 2022 года. »

1.5. дополнить п.4.1. словами следующего содержания:

«Ежемесячный объем средств, направляемый в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц определяется ежемесячно для каждой медицинской организации исходя из значения фактического дифференцированного полного подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи и количества прикрепленного населения на первое число месяца расчетного периода на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Размер финансового обеспечения i -той медицинской организации (МО), имеющей прикрепившихся лиц, оплата которой осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования, определяется по следующей формуле:

$$ППН\Phi_j^i = ФДП_{Hj}^i * Ч_{зj}^i + ОС_{РДj}^i, \text{ где}$$

$ППН\Phi_j^i$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение i -той МО по полному подушевому нормативу финансирования в j -месяц, рублей;

$ФДП_{Hj}^i$ – фактический дифференцированный полный подушевой норматив финансирования для i -той МО в j -месяц, рублей;

$Ч_{зj}^i$ – численность застрахованных лиц, прикрепленных на первое число j -месяца расчетного периода при условии прикрепления застрахованного к i -той МО полный календарный j -месяц, человек.

$ОС_{РДj}^i$ – размер средств, направляемых по итогам каждого полугодия на выплаты i -той МО, при условии достижения целевых значений показателей результативности деятельности МО, рублей.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций, фактический дифференцированный полный подушевой норматив финансирования рассчитывается с учетом поправочного коэффициента.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой по полному подушевому нормативу

финансирования в разрезе медицинских организаций приведены в **приложении 33** к Тарифному соглашению.

При расчете дифференцированного полного подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, учитываются все коэффициенты, применяемые при расчете амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования, в том числе коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится МО, половозрастные коэффициенты, коэффициенты дифференциации на прикрепившихся лиц, применяемые в отношении медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек; в части медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара, учитываются все коэффициенты, применяемые при оплате за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, управленческий коэффициент, коэффициент сложности лечения пациента.

Оплата медицинской помощи по видам медицинской помощи, не включенным в полный подушевой норматив, проводится за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений при обращениях по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью (в т.ч. профилактических медицинских осмотров, всех видов диспансеризации, диспансерного наблюдения), стоматологической медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, услуг, а так же посещений оказанных прикрепленному населению и не прикрепленному населению, а так же отдельный учет оказанной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, применяется только к части амбулаторной медицинской помощи (без учета стоматологической медицинской помощи и неотложной медицинской помощи), приведенной в п.1.20»

1.6. исключить п.4.2 и 4.3. раздела II и приложение 32 к Тарифному соглашению "Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц".

1.7. дополнить Раздел II "Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Удмуртской Республике" пунктом **5 «Использование межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики»** следующего содержания:

«5.1. За счет бюджетных ассигнований бюджета Удмуртской Республики передаваемых в бюджет ТФОМС УР осуществляется дополнительное финансовое обеспечение первичной медико - санитарной помощи в соответствии с постановлением Правительства УР «Об утверждении Правил предоставления в 2022 году из бюджета Удмуртской Республики иного межбюджетного трансферта бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики в целях дополнительного финансового обеспечения реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики в части базовой программы обязательного медицинского страхования».

5.2. Размер финансового обеспечения медицинской организации, в которых оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН\ мбт} = ОС_{ПН} + ОС_{МБТ}, \text{ где:}$$

- | | |
|----------------|--|
| $ОС_{ПН\ мбт}$ | финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу с учетом межбюджетного трансферта, рублей; |
| $ОС_{ПН}$ | финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей; |
| $ОС_{МБТ}$ | размер средств, направляемый на дополнительное финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц за счет межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики, рублей. |

Перечень медицинских организаций в которых оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц приведен в Приложении 1 к Тарифному соглашению.

5.3. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оплата медицинской помощи которых осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{ПН мбт}} = ППН\Phi_j^i + OC_{\text{МБТ}}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{ПН мбт}}$ финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по полному подушевому нормативу с учетом межбюджетного трансферта, рублей;

$ППН\Phi_j^i$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение i-той МО по полному подушевому нормативу финансирования в j-месяц, рублей;

$OC_{\text{МБТ}}$ размер средств, направляемый на дополнительное финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц за счет межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики, рублей.

Перечень медицинских организаций в которых оплата медицинской помощи осуществляется по полному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц приведен в Приложении 1 к Тарифному соглашению.

5.4. Расчет размера средств, на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций за счет межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики

$$OC_{\text{МБТ}}^i = ПН_{\text{БАЗмбт}} * ЧЗ^i, \text{ где:}$$

$ПН_{\text{БАЗмбт}}$ – дополнительный базовый подушевой норматив финансирования за счет межбюджетного трансферта из бюджета УР, рассчитанный исходя из численности застрахованного населения Удмуртской Республики по состоянию на 01.03.2022 года 1 473 358 человека и суммы межбюджетного трансферта 306 000 000,0 руб..

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного исходя из численности прикрепленного населения на текущую дату, к общему объему средств предусмотренных на финансирование медицинских организаций за счет

межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики ежемесячно рассчитывается поправочный коэффициент. »

1.8. Изложить подпункты 1.1 и 1.2 пункта 1 "В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях" раздела III "Размер тарифов на оплату медицинской помощи" в следующей редакции:

« 1.1. средний размер финансового обеспечения помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **5 782,59 руб.**, в том числе при оплате по полному ПНФ **4 011,15 руб.**, кроме того за счет межбюджетного трансферта 203,20 руб.

1.2. базовый размер подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи **1 916,2 руб.** в год (январь-февраль - **155,30 руб.** в месяц, с марта **160,56 руб.** в месяц), кроме того дополнительно на март 2022 года - **138,46 руб.** в месяц, на апрель - **69,23 руб.** в месяц за счет межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики;

Базовый норматив финансовых затрат на оплату профилактических медицинских осмотров - **2 227,57 руб.** в год, базовый норматив финансовых затрат на оплату диспансеризации - **2 754,21 руб.** в год, стоимость обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" - **20 374,43 руб.**».

1.9. Изложить подпункты 4.1 и 4.2 пункта 4 "В части медицинской помощи, оказываемой по полному подушевому нормативу финансирования" раздела III "Размер тарифов на оплату медицинской помощи" словами следующего содержания:

«4.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Удмуртской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо в размере **6 751,97 руб.**, кроме того за счет межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики 203,20 руб.:

стационарных условий - 1 983,76 руб.

условий дневного стационара - 741,90 руб.

амбулаторных условий – 4026,31 руб., кроме того за счет межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики 203,20 руб.;

4.2. размер полного подушевого норматива финансирования на одно прикрепленное застрахованное лицо, без учета средств за показатели результативности деятельности медицинской организации составляет **6 641,04 руб.** в год (январь-февраль - **534,72** руб. в месяц, с марта **557,16** руб. в месяц), кроме того дополнительно на март 2022 года - **138,46** руб. в месяц и на апрель - **69,23** руб. в месяц за счет межбюджетного трансферта из бюджета Удмуртской Республики» .

1.10. внести изменения в **приложение 8** к Тарифному соглашению "Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, учитывающие объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)";

1.11. внести изменения в **приложение 9** к Тарифному соглашению "Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в разрезе медицинских организаций";

1.12. внести изменения в **приложение 12** к Тарифному соглашению "Тарифы на осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполняемые в рамках 1-го этапа и 2 -го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения и углубленной диспансеризации выполняемые в рамках 1-ого и 2 -го этапа";

1.13. внести изменения в **приложение 24** к Тарифному соглашению "Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, используемый при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях".

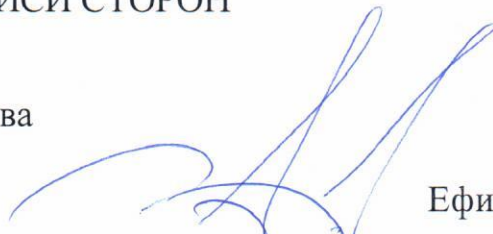
1.14. внести изменения в **приложение 33** к Тарифному соглашению "Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой по полному подушевому нормативу финансирования в разрезе медицинских организаций";

1.15. внести изменения в **приложение 34** к Тарифному соглашению "Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества"

2. Дополнение №3 вступает в силу с момента его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.03.2022 г., за исключением п. 1.2. действие которого распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2022г. и п. 1.15, действие которого распространяется на правоотношения, возникшие с 12.03.2022г.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заместитель Председателя Правительства
Удмуртской Республики, председатель
Комиссии



Ефимов Р.В.

Заместитель министра здравоохранения
Удмуртской Республики



Петренко М.В.

Директор ТФОМС УР



Валеев Т.А.

Первый заместитель директора ТФОМС УР,
секретарь Комиссии



Олонова Л.А.

Директор филиала ООО «Страховая компания
«Ингосстрах-М» в г. Ижевске



Горина А.В.

Директор филиала ООО «Капитал МС» в
Удмуртской Республике



Кирилина Н.В.

Председатель Удмуртской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Попова О.П.

Председатель Первичной организации профсоюза
БУЗ УР «ГКБ № 9 МЗ УР» Удмуртской
Республиканской организации профсоюза
работников Здравоохранения РФ



Кузнецова Н.Н.

Председатель Совета общественной организации
«Медицинская палата Удмуртской Республики по
защите прав и интересов медицинских
работников»



Марданов Д.Н.

Член общественной организации "Медицинская
палата Удмуртской Республики по защите прав и
интересов медицинских работников"



Ватулин В.В.