

Дополнительное соглашение № 2  
к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по  
обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской  
области от 29.12.2023г.

г. Иркутск

«28» февраля 2024 г.

Шелехов Алексей Владимирович – исполняющий обязанности министра здравоохранения Иркутской области;

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области;

Сосова Кристина Вилорьевна - полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Иркутской области, директор Иркутского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гайдаров Гайдар Мамедович - Председатель Общественной организации «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области»;

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые «Стороны», на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 29 декабря 2023 года (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

Внести в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 29.12.2023 года (далее - Тарифное соглашение) (в редакции Дополнительного соглашения № 1 от 31.01.2024г.), следующие изменения:

1. Пункт 1 Раздела 1 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области (далее - Тарифное соглашение) заключено на основании статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н (далее - Правила ОМС), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023г. № 44н.»

2. Пункт 2 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения после абзаца 20 дополнить абзацами следующего содержания:

«Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядком №1130н, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам не учитываются в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования и оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.»

3. Абзац 21 Пункта 2 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в том числе в разрезе врачей-специалистов приведен в Приложении № 38 к Тарифному соглашению».

4. Абзац 22 Пункта 2 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения исключить.

5. Пункт 3 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3. Единицей объема первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях прикрепившимся застрахованным лицам является медицинская услуга, посещение, обращение.

Доля стимулирующей части базового (среднего) подушевого норматива (Дсч), за выполнение показателей результативности деятельности, - 0,005.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки установлены Приложением № 30».

6. Пункт 4 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«4. Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования приведен в Приложении № 39 к Тарифному соглашению.»

7. Абзацы 3-11 пункта 5.2. Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации (ОС<sub>ПНФ</sub>), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$\text{ОС}_{\text{ПНФ}} = \text{ОС}_{\text{АМБ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}} - \text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}} - \text{ОС}_{\text{ЕО}} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \text{ОС}_{\text{ДИСП}} - \text{ОС}_{\text{ДН}},$$

где:

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}$       объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;

$\text{ОС}_{\text{ИССЛЕД}}$       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) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

$\text{ОС}_{\text{НЕОТЛ}}$  -      объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения

о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);

ОС<sub>го</sub>

объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;

ОС<sub>по</sub>

объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС<sub>дисп</sub>

объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей;

ОС<sub>дн</sub>

объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей.»

8. Пункт 6 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«6. Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Исходя из объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи.

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, определяется по следующей формуле:

$$\text{ПНбаз} = \left( \frac{\text{ОСпнф} - \text{ОСрд}}{\text{Чз} \times \text{СКДот} \times \text{СКДпв} \times \text{КД}} \right)$$

где:

ПНбаз	базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
ОСпнф	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
ОСрд	объем средств, направляемых медицинскими организациями в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;
СКДот	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;
СКДпв	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 СКДот используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{СКДот} = \frac{\sum(\text{КД}_{\text{от}i} \times \text{Ч}_{\text{из}i})}{\sum(\text{Ч}_{\text{из}i})},$$

где:

КД <sub>от</sub> <sub>i</sub>	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.
Ч <sub>из</sub>	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек;

По аналогичной формуле рассчитывается значение СКДпв.

Среднемесячный базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (ПН) определяется путем деления базового (среднего) подушевого норматива финансирования на количество месяцев в расчетном периоде.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, приведен в Приложении № 27 к Тарифному соглашению с установленным коэффициентом 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 (КДот).»

9. Пункт 8 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«8. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом коэффициентов дифференциации оказания медицинской помощи, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций (Приложение № 13).

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации ( $ДП_n^i$ ), рассчитываются на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_n^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД_{от}^i \times КД_i; \text{ где:}$$

$ДП_n^i$  дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -й медицинской организации, рублей;

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

$КД_{ур}^i$  коэффициент уровня расходов медицинских организаций, (особенности плотности населения, транспортной

доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

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

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

$KД_i$  коэффициент дифференциации для  $i$ -й медицинской организации.»

10. Пункт 12.1 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«12.1. Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов приведен в Приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2024 год:

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, - 1 230,5 тыс. рублей;

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, - 2 460,9 тыс. рублей;

Фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 2 907,1 тыс. рублей.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливаются путем применения коэффициентов дифференциации согласно Приложению № 6 к настоящему Тарифному соглашению к размерам финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов,

фельдшерско-акушерских пунктов.

В случае оказания медицинской помощи указанными пунктами женщинам репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, отдельные полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка» (например, для фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих от 101 до 900 жителей) устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Поправочные коэффициенты к размеру финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 или более 2000 жителей, а также не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведены в Приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в  $i$ -й медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times БНФ_{\text{ФАП}}^n \times КС_{\text{БНФ}}^n), \text{ где}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$  объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в  $i$ -й медицинской организации;

$Ч_{\text{ФАП}}^n$  число фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов  $n$ -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$БНФ_{\text{ФАП}}^n$  базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-



акушерских пунктов n-го типа;

$КС_{БНФ}^n$

коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом 543н в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем.

В случае если у фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП}^j = ОС_{ФАП_{нг}}^j + \left( \frac{БНФ_{ФАП}^j \times КС_{БНФ}^j}{12} \times n_{мес} \right), \text{ где:}$$

$ОС_{ФАП}^j$  фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

$ОС_{ФАП_{нг}}^j$  объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{мес}$  количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.»

11. Абзацы 8, 9 пункта 3 Главы 2 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.»

12. В пункте 7 Главы 2 Раздела 2 Тарифного соглашения после абзаца 1 дополнить абзацем следующего содержания:

« Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.»

13. Пункт 12 Главы 2 Раздела 2 Тарифного соглашения исключить.

14. Пункт 2 Главы 3 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в условиях дневного стационара, включенных в Перечень Приложения № 3, производится:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 24 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе высокотехнологичной медицинской помощи).»

15. Абзацы 8, 9 пункта 3 Главы 3 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.»

16. В пункте 7 Главы 3 Раздела 2 Тарифного соглашения после абзаца 1 дополнить абзацем следующего содержания:

« Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.»

17. Пункт 4.1 Главы 4 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«4.1. Определение базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_3 \times КД},$$

где:

- ПН<sub>БАЗ</sub> базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;
- ОС<sub>В</sub> объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей;
- КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Среднемесячный базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (ПнСМП) определяется путем деления базового (среднего) подушевого норматива финансирования СМП на количество месяцев в расчетном периоде (далее - подушевой норматив СМП).

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования СМП, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП для медицинских организаций (тариф на основе подушевого норматива финансирования) (Приложение № 14 к Тарифному соглашению) по следующей формуле:

$$ДП_{и}^i = ПН_{БАЗ} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i, \text{ где:}$$

- $ДП_{и}^i$  дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -й медицинской организации, рублей;
- $КД_{ПВ}^i$  коэффициент половозрастного состава;
- $КД_{УР}^i$  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для  $i$ -й медицинской организации;
- $КД_{ЗП}^i$  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для  $i$ -й медицинской организации;
- $КД^i$  коэффициент дифференциации  $i$ -й медицинской организации.»

18. Абзац 2 пункта 1 главы 5 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Доля стимулирующей части базового (среднего) подушевого норматива, за выполнение показателей результативности деятельности - 0,005.»

19. Пункт 2 Главы 5 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«2. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (включенных в Приложение № 29), применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение 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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

При определении базового (среднего) подушевого норматива финансирования из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы 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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, медицинской реабилитации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также расходы на ведение школ сахарного диабета для больных сахарным диабетом и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций (Приложение № 31).»

20. Пункт 1.2. пункта 1 Главы 1 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«1.2. Средний тариф для больных сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета составляет 2 343,2 рубля на 1 комплексное посещение.»

21. Пункт 2 Главы 1 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой

редакции:

« 2. Значение базового (среднего) подушевого норматив финансирования на прикрепившихся лиц составляет 187,05 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.

22. Главу 2 Раздела 3 Тарифного соглашения дополнить пунктом 12 следующего содержания:

« 12. за счет средств обязательного медицинского страхования оплачиваются расходы по проведению патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.»

23. Абзац 13 пункта 10 Главы 3 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям подпунктов 1 - 6 и 8 - 9 настоящего пункта, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.»

24. Пункт 2 Главы 4 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой (оказанной) вне медицинской организации, составляет 85,37 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.»

25. Пункт 1, 2 Главы 5 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 1. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, составляет 841,09 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.

2. Установленный размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным за пределами Иркутской области.»

26. Пункт 1 Главы 6 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также 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 течении 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи вправе устанавливать Правительство Российской Федерации при утверждении базовой программы обязательного медицинского страхования.»

27. Дополнить пункт 3 Раздела 5 Тарифного соглашения подпунктами следующего содержания:

«3.38. Приложение № 38 "Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в том числе в разрезе врачей-специалистов";

3.39. Приложение № 39 «Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение



которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования».

28. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 1 к настоящему Дополнительному соглашению).

29. Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 2 к настоящему Дополнительному соглашению).

30. Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 3 к настоящему Дополнительному соглашению).

31. Приложение № 4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 4 к настоящему Дополнительному соглашению).

32. Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 5 к настоящему Дополнительному соглашению).

33. Приложение № 9 «Тарифы на услуги диализа» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 6 к настоящему Дополнительному соглашению).

34. Приложение № 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 7 к настоящему Дополнительному соглашению).

35. Приложение № 11 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 8 к настоящему Дополнительному соглашению).

36. Приложение № 13 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 9 к настоящему Дополнительному соглашению).

37. Приложение № 14 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 10 к настоящему Дополнительному соглашению).

38. Приложение № 20 «Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 11 к настоящему Дополнительному соглашению).

39. Приложение № 24 «Перечень КСГ дневного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 12 к настоящему Дополнительному соглашению).

40. Приложение № 25 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 13 к настоящему Дополнительному соглашению).

41. Приложение № 26 «Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 14 к настоящему Дополнительному соглашению).

42. Приложение № 28 «Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 15 к настоящему Дополнительному соглашению).

43. Приложение № 29 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая

показатели объема медицинской помощи)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 16 к настоящему Дополнительному соглашению).

44. Приложение № 30 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, оплата которой производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц.» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 17 к настоящему Дополнительному соглашению).

45. Приложение № 31 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 18 к настоящему Дополнительному соглашению).

46. Приложение № 35 «Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях круглосуточного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 19 к настоящему Дополнительному соглашению).

47. Приложение № 38 "Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в том числе в разрезе врачей-специалистов" к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 20 к настоящему Дополнительному соглашению).

48. Приложение № 39 «Перечень расходов на оказание медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 21 к настоящему Дополнительному соглашению).

49. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения при оплате медицинской помощи, оказанной с 1 февраля 2024 года, за исключением пункта 33 настоящего Дополнительного соглашения, действие которого распространяется на правоотношения с 1 января 2024 года, а также пунктов 32, 34, 41 настоящего Дополнительного соглашения, действие которых распространяется на правоотношения с 1 марта 2024 года.

50. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в пяти

экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН



\_\_\_\_ А.В. Шелехов



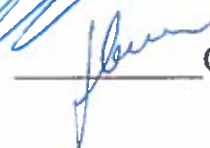
\_\_\_\_ К.В. Сосова



\_\_\_\_ Г.М. Гайдаров



\_\_\_\_ Е.В. Градобоев



\_\_\_\_ С.В. Никифорова