

## СОГЛАШЕНИЕ

по взаимодействию при планировании и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

г. Калуга

«11» мая 2021

### I. Общие положения

1. Настоящее Соглашение по взаимодействию при планировании и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – Соглашение, ТП ОМС) заключено в целях обеспечения эффективного использования средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), финансовой устойчивости медицинских организаций и недопущению образования просроченной задолженности, а также для методического, организационного и информационного обеспечения деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия).

2. Соглашение заключено между министерством здравоохранения Калужской области (далее – Министерство), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Калужской области (далее – Фонд), Калужским филиалом «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», филиалом АО «Медицинская акционерная страховая компания» в г. Калуге (далее – СМО) и является обязательным для применения медицинскими организациями, подведомственными Министерству, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Калужской области (далее – МО).

3. Соглашение регламентирует взаимодействие, в рамках установленных Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании» полномочий, между министерством и участниками ОМС при планировании и реализации ТП ОМС, неурегулированное Правилами обязательного медицинского страхования<sup>1</sup> (далее – Правила ОМС) и иными нормативными правовыми актами в сфере ОМС.

4. Соглашение устанавливает:

- 1) Порядок планирования и корректировки ТП ОМС.
- 2) Порядок осуществления мониторинга и контроля объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи.
- 3) Порядок осуществления контроля объемов медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Калужской области, оказанной на территории других субъектов РФ.
- 4) Порядок оценки эффективности деятельности МО и СМО.

<sup>1</sup> Приказ МЗ РФ от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»

5) Порядок осуществления мониторинга доступности и качества медицинской помощи.

5. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 апреля 2021 года.

## II. Планирование, корректировка ТП ОМС

2.1. Разработку проекта ТП ОМС, распределение на отчетный год и корректировку в течение года объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляет Комиссия в соответствии с Положением о деятельности по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющимся приложением к Правилам ОМС (далее – Положение).

Для разработки проекта ТП ОМС на предстоящий год и разработки проекта тарифного соглашения ежегодно, не позднее 1 ноября текущего года, создаются Рабочая группа по объемам оказания медицинской помощи и Рабочая группа по тарифам на оплату медицинской помощи.

Состав Рабочей группы по объемам оказания медицинской помощи и Рабочей группы по тарифам на оплату медицинской помощи утверждается протоколом Комиссии.

Председателем Рабочей группы по объемам оказания медицинской помощи является министр здравоохранения Калужской области, председателем Рабочей группы по тарифам на оплату медицинской помощи – директор Территориального фонда ОМС.

2.2. Периодичность и сроки проведения заседаний Комиссии, порядок включения вопросов в повестку дня заседаний Комиссии, порядок проведения заседаний установлены Регламентом деятельности (работы) комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденным Протоколом Комиссии № 3 от 31 марта 2021 года (далее – Регламент работы Комиссии).

2.3. В целях разработки проекта ТП ОМС на предстоящий год:

1) **СМО** в срок:

а) до 15 сентября года текущего года предоставляют секретарю Комиссии:

- предложения по планируемым объемам предоставления медицинской помощи на основании числа застрахованных граждан и с учетом фактических объемов медицинской помощи, принятых к оплате за предыдущий год и первое полугодие текущего года.

б) до 15 ноября года текущего года предоставляют секретарю Комиссии предложения:

- по способам оплаты медицинской помощи и порядку оплаты медицинской помощи;

- по размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи;
- по размеру неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2) **Министерство** в срок:

а) до 1 ноября года текущего года предоставляет секретарю Комиссии:

- проект распределения объемов предоставления медицинской помощи между МО в соответствии со средними нормативами по объемам медицинской помощи и средними нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными базовой программой государственных гарантий с учетом критериев, указанных в пунктах 2.4, 2.5 настоящего Соглашения;

- предложения по способам и порядку оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС;

- предложения по структуре тарифов на оплату медицинской помощи;

- предложения по распределению медицинских организаций и (или) структурных подразделений по уровням оказания медицинской помощи с учетом порядков и условий оказания медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи и маршрутизации.

б) в срок до 1 декабря года текущего года предоставляет секретарю Комиссии:

- распределение объемов медицинской помощи, в том числе по медицинским услугам, в разрезе медицинских организаций, видов и условий оказания медицинской помощи, согласованное Рабочей группой по объемам оказания медицинской помощи;

- информацию по МО о количестве фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- предложения по целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи.

3) **МО** в срок до 1 октября года текущего года предоставляет секретарю Комиссии:

- штатную численность в разрезе профилей и специальностей (штатные, занятые должности и физические лица) по состоянию на 1 сентября текущего года;

- численность (в разрезе половозрастных групп) и списочный состав прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (в электронном виде);

- фактически выполненные объемы первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи за предыдущий год и первое полугодие текущего года (по данным статистики и учета) в условиях стационара, дневного стационара, в амбулаторных условиях, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, диагностических услуг в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп (далее - КСГ/КПП) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования по алгоритму, размещенному на официальном сайте Фонда;

- предложения объемов первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях стационара, дневного стационара, в амбулаторных условиях, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, диагностическим услугам на очередной год в разрезе профилей, специальностей, КСГ/КПП по детскому и взрослому населению по алгоритму, размещенному на официальном сайте Фонда;

- информацию о наличии подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями) и численности прикрепленного к данным подразделениям, населения.

- предложения по способам и порядку оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС;

- предложения по размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

#### 4) **ФОНД** в срок:

а) до 15 сентября текущего года предоставляет в Министерство:

- данные о численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц Калужской области в разрезе половозрастных групп по состоянию на 1 января текущего года;

- перечень СМО, включенных в Реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Калужской области в предстоящем году;

- перечень МО, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по ТП ОМС в предстоящем году;

б) до 15 октября текущего года предоставляет в Министерство:

- расчетные нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, оказываемых в рамках ТП ОМС, с учетом размера бюджетных ассигнований на реализацию ТП ОМС, предусмотренного проектом

закона о бюджете Фонда на соответствующий финансовый год (далее - плановый год);

- свод информации, предоставленной МО в соответствии с подпунктом 3 настоящего пункта Соглашения;

в) до 1 декабря текущего года:

- определяет соответствие (несоответствие) предлагаемых МО и Министерством объемов предоставления медицинской помощи и фактически сложившихся объемов установленным Программой (проектом Программы) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на предстоящий год нормативам, а также бюджетным ассигнованиям на реализацию ТП ОМС, предусмотренных законом о бюджете Фонда на соответствующий финансовый год;

- направляет в Министерство информацию о наличии превышения планируемых объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи над нормативами, установленными Программой (проектом Программы) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

г) до 18 декабря текущего года предоставляет секретарю Комиссию:

- проект Тарифного соглашения в сфере ОМС, подготовленный в соответствии со структурой, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации<sup>2</sup>;

- объемы медицинской помощи, в том числе по медицинским услугам на следующий год, в разрезе медицинских организаций, уровням медицинских организаций с учетом порядков и условий оказания медицинской помощи, включая сроки ожидания медицинской помощи и маршрутизации, по территориальной программе обязательного медицинского страхования, профилям ВМП, специальностям разрезе страховых медицинских организаций;

- размер и структуру тарифов, способы оплаты медицинской помощи, согласованные с Рабочей группой по тарифам на оплату медицинской помощи.

2.4. При подготовке проекта распределения стационарной медицинской помощи между МО, помимо критериев, установленных пунктом 11 Положения, Министерством учитываются:

1) Приказы по маршрутизации пациентов по профилям медицинской помощи на предстоящий год.

2) Планы по развитию здравоохранения на территории области с учетом региональных особенностей, мероприятий по развитию материально-технической базы МО, обеспечивающих повышение доступности медицинской помощи, в том числе пациентам, проживающим на сельских территориях и в отдаленных населенных пунктах,

---

<sup>2</sup> Приказ МЗ РФ от 29.12.2020 N 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения"

3) Мощность МО, способствующая выполнению объемов медицинской помощи по приоритетным направлениям реализации базовой программы государственных гарантий на предстоящий год.

4) Выполнение МО целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи и показателей эффективности деятельности медицинских организаций по результатам мониторинга за год, предшествующий году, на который осуществляется распределение, проводимого в порядке, установленном настоящим Соглашением.

5) Степень участия МО в достижении показателей и выполнении задач, установленных Указами Президента РФ «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года», «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года», федеральными и региональными проектами в сфере здравоохранения.

6) Степень участия МО в достижении целевых значений средней заработной платы медицинских работников, установленных Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

7) Результаты оценки возможности реализации заявленных медицинской организацией объемов медицинской помощи по следующим критериям эффективности деятельности МО:

а) соответствие оснащения и кадрового обеспечения медицинской организации порядкам оказания медицинской помощи, заявляемым объемам медицинской помощи;

б) соответствие объемов медицинской помощи заявляемых медицинской организацией нормативам на прикрепленное (обслуживаемое) население установленным программой государственных гарантий;

в) наличие в медицинской организации системы менеджмента качества медицинской помощи;

г) оказание медицинской помощи в соответствии с установленными порядками, стандартами и клиническими рекомендациями;

д) наличие дефектных случаев по заявленному профилю при проведении государственного, ведомственного и независимого контроля качества медицинской помощи в доле не более 1% от общего количества случаев;

е) отсутствие в текущем году превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, распределенных Комиссией.

2.5. При подготовке проекта распределения между МО объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях учитывается:

1) Численность застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, подтвержденное актами сверки с СМО.

2) Количество фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным положением об организации

оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3) Численность лиц, подлежащих в предстоящем году диспансеризации и профилактическим осмотрам.

4) Возможность проведения отдельных дорогостоящих лабораторных и диагностических исследований.

5) Другие приоритеты, установленные базовой программой государственных гарантий на предстоящий год.

2.6. Корректировка в течение года объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, осуществляется путем перераспределения объемов между МО в пределах объемов, установленных ТП ОМС на соответствующий год по условиям оказания медицинской помощи.

2.7. Причинами обоснованного превышения объемов медицинской помощи могут являться:

1) Изменение численности застрахованных (прикрепленных) лиц, выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, подтвержденное актами сверки с СМО.

2) Изменение маршрутизации пациентов на период более 1 месяца, в том числе по причине закрытия отделений, подтвержденное приказами Министерства.

3) Вспышки инфекционных заболеваний (превышение показателя заболеваемости в сравнении со среднегодовалыми показателями), чрезвычайные происшествия, техногенные катастрофы, стихийные бедствия и т.п., по причине которых резко увеличивается объем оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи.

4) Реорганизация МО, изменение структуры медицинской организации (повлекшее открытие новых отделений и требующее увеличения врачебных приемов, коечного фонда), подтвержденные соответствующими правовыми актами.

5) Получение лицензии на новый вид медицинской деятельности, ранее не заявленной при формировании предложений по объемам медицинской помощи в случае изменения маршрутизации пациентов в соответствии с нормативными актами министерства здравоохранения Калужской области.

2.8. Информационное, методическое обеспечение деятельности Комиссии осуществляется Фондом.

### III. Мониторинг и контроль выполнения объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных Комиссией по разработке ТП ОМС

3.1. Мониторинг и контроль объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи осуществляется нарастающим итогом с начала года в целях обеспечения

своевременной оплаты медицинской помощи и своевременного перераспределения ее объемов в случаях, указанных в пункте 2.7. настоящего Соглашения.

3.2. Под объемами предоставления медицинской помощи в целях выполнения контрольных мероприятий, указанных в пункте 3.1. настоящего Соглашения, понимается количество:

а) в амбулаторных условиях – медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема;

б) в стационарных условиях – законченных случаев лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара в разрезе профилей медицинской помощи и КСГ.

3.3. Под объемами финансового обеспечения медицинской помощи в целях выполнения контрольных мероприятий, указанных в пункте 3.1. настоящего Соглашения, понимается стоимость:

а) в амбулаторных условиях – стоимость медицинской помощи оплачиваемой за единицу объема;

б) в стационарных условиях – законченных случаев лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара в разрезе профилей медицинской помощи и КСГ.

3.4. Мониторинг выполнения объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи (далее – Мониторинг) осуществляется **МО**.

3.5. Периодичность проведения Мониторинга устанавливаются **МО** самостоятельно исходя из действующих в организации соответствующего порядка (регламента) и правил документооборота.

В целях Мониторинга **МО** осуществляет информационный обмен с Фондом путем направления первичных реестров счетов на идентификацию.

По результатам идентификации проводит анализ на предмет:

- соответствия страховых случаев критериям оплаты из средств ОМС,
- корректности указания фактов страхования,
- корректности заполнения реестров счета,
- соответствия объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения оказанной помощи объемам, утвержденным Комиссией.

3.6. В случае перевыполнения плановых ежемесячных объемов на протяжении 2-х месяцев периодичность проведения мониторинга устанавливается еженедельно.

Под ежемесячным планом условно принимается 1/12 объема, распределенного Комиссией объема медицинской помощи и объема финансового обеспечения медицинской помощи.

3.7. Контроль объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи (далее – Контроль объемов) осуществляется министерством, ГБУЗ КО «Медицинский информационно - аналитический центр» (далее – МИАЦ), Фондом.



3.8. Контроль объемов, указанный в пункте 3.6 настоящего Соглашения, подразделяется на предварительный контроль объемов и последующий контроль объемов.

3.9. Предварительный контроль объемов проводится министерством и МИАЦ еженедельно в целях своевременного выставления МО счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС.

3.10. Последующий контроль объемов проводится: по реестрам счетов и счетам на оплату медицинской помощи по ТП ОМС (далее – счета на оплату), представленным МО:

а) **Фондом** ежемесячно при проведении форматно-логического контроля (далее – ФЛК) и медико-экономического контроля (далее – МЭК), в сроки и в порядке, предусмотренных порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, устанавливаемым Министерством здравоохранения РФ;

б) **МИАЦ** ежемесячно, до предоставления МО счетов на оплату в Фонд в целях проведения своевременных расчетов за оказанную медицинскую помощь, при проведении ФЛК в соответствии с федеральным перечнем технологических правил реализации ФЛК и перечнем проверок автоматизированной поддержки, размещаемых на официальном сайте Фонда.

3.11. При осуществлении Мониторинга **МО**:

а) проводят анализ показателей деятельности МО по структуре госпитализаций, длительности лечения, по удельному весу госпитализаций в плановой и неотложной форме, времени ожидания плановой медицинской помощи, стоимости единицы медицинской помощи и других показателей;

б) принимают меры по недопущению превышения объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи, установленных решением Комиссии на соответствующий период (нарастающим итогом), посредством регулирования очередности на плановую госпитализацию, ведения журналов плановой госпитализации, усиления роли первичной медико-санитарной помощи, развития стационарозамещающих технологий, другие меры, способствующие эффективному и рациональному использованию коечного фонда;

в) принимают меры по выполнению установленных объемов МП в амбулаторных условиях;

г) обращаются в Комиссию в целях корректировки объемов медицинской помощи, объемов финансового обеспечения медицинской помощи в порядке и в сроки, установленные Регламентом работы Комиссии.

Обращение в Комиссию по корректировке объемов в сторону увеличения осуществляется при наличии оснований, указанных в разделе II настоящего Соглашения.

3.12. В целях проведения предварительного контроля объемов:

1) **МО** ежедневно, с нарастающим итогом, осуществляют ввод в Региональную медицинскую информационную систему Калужской области

информацию о выполненных объемах. Введению в информационную систему подлежат законченные случаи оказания медицинской помощи, которые будут предъявлены на оплату за текущий месяц.

2) **МИАЦ:**

а) еженедельно, в понедельник, обобщает введенную МО в соответствии с подпунктом 1 настоящего пункта, информацию;

б) проводит анализ, направленный на выявление рисков невыполнения (перевыполнения) плановых ежемесячных объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи по следующим критериям оценки:

- выполнение на 10 число текущего месяца месячного объема медицинской помощи (госпитализаций в круглосуточный стационар, и (или) случаев лечения в условиях дневного стационара);

- отсутствие на 15 число текущего месяца выполненных объемов по профилактическим мероприятиям;

- наличие случаев превышения средней стоимости законченного случая в стационарных условиях более чем на 10 %;

- выполнение на 15 число текущего месяца месячного объема финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара;

в) еженедельно, во вторник, на основании проведенного анализа направляет в Министерство и МО информацию о существующих рисках, указанных в подпункте б) настоящего пункта.

3) **Министерство:**

а) еженедельно рассматривает представленную **МИАЦ** в соответствии с подпунктом в) пункта 3 настоящего пункта информацию, анализирует обоснованность причин превышения, невыполнения объемов, на основе проведенного анализа принимает решение, в том числе по корректировке маршрутизации пациентов, корректировке объемов медицинской помощи между профилями медицинской помощи, между медицинскими организациями, иные управленческие решения;

б) еженедельно осуществляет контроль количества и качества оказания услуг по проведению медицинских осмотров, диспансеризации населения, своевременного направления граждан на дополнительные методы исследования и консультации узких специалистов;

в) еженедельно осуществляют контроль обеспечения доступности медицинской помощи на территориях, расположенных в сельской местности.

4) **МО** рассматривает представленную **МИАЦ** в соответствии с подпунктом в) пункта 3 настоящего пункта информацию, осуществляет проверку на предмет корректности ввода данных, в случае установления ошибок корректирует информацию в информационной системе, либо принимает иные управленческие решения.

3.13. **Министерством** совместно с **Фондом** в целях повышения эффективности оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, не реже одного раза в квартал осуществляется оценка динамики показателей, характеризующих:

- а) среднюю длительность пребывания в стационаре;
- б) уровень и структуру госпитализаций в круглосуточном стационаре;
- в) уровень и структуру случаев лечения в условиях дневного стационара;
- г) оперативную активность;

д) долю повторных госпитализаций по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней с момента выписки пациента (за исключением заболеваний с курсовым лечением и состояний, связанных с беременностью, а также операций на парных органах, частях тела).

3.14. **Министерством** совместно с **Фондом** организуется проведение выездных комплексных проверок, в том числе следующих МО:

- неоднократно перевыполняющих установленные объемы медицинской помощи и объемы финансового обеспечения медицинской помощи,
- допустившие невыполнение установленных объемов медицинской помощи при перевыполнении объемов финансового обеспечения медицинской помощи.

#### IV. Контроль объемов медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Калужской области, оказанной на территории других субъектов РФ

4.1. Контроль объемов медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Калужской области, оказанной на территории других субъектов РФ (далее – МП на территории других субъектов РФ) подразделяется на предварительный и последующий.

4.2. Предварительному контролю подлежит МП на территории других субъектов РФ, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

4.3. В целях осуществления контроля, указанного в пункте 4.2. настоящего Соглашения:

1) **МО**, в случае обращения граждан за направлением на плановую специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, за пределами Калужской области (далее – направление), в течение одного рабочего дня предоставляет в министерство информацию по форме согласно приложению № 1 к настоящему Соглашению.

2) **Министерство:**

а) в течение трех рабочих дней рассматривает предоставленную **МО** информацию и принимает решение о предоставлении (не предоставлении) направления с учетом наличия оснований и обоснованности госпитализации, а также невозможности оказания данной медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Калужской области.

б) уведомляет МО о принятом решении на следующий день, после принятия решения.

4.4. **МО**, в случае положительного решения, указанного в подпункте 2 пункта 4.3. настоящего Соглашения, по медицинской помощи, возможной к оказанию в медицинских организациях осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Калужской области, готовит обращение в Комиссию о корректировке объемов предоставления медицинской помощи по соответствующему профилю, группе заболеваний, состояний.

4.5. Последующий контроль объемов медицинской помощи, указанной в пункте 4.1. настоящего Соглашения, осуществляет **Фонд** при проведении МЭК счетов на оплату медицинской помощи, полученных от территориальных фондов ОМС других субъектов РФ.

4.6. **Фонд** ежемесячно обобщает информацию об оказанной медицинской помощи, указанной в пункте 4.1. настоящего Соглашения, и предоставляет в министерство для выявления случаев МП, оказанной без наличия направлений.

4.7. Для установления причин выбора гражданами медицинской организации, расположенной на территории других субъектов РФ, привлекаются страховые представители страховых медицинских организаций.

V. Обеспечение мероприятий по финансовой устойчивости медицинских организаций. Мониторинг показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью

5.1. В целях обеспечения эффективного использования средств ОМС, финансовой устойчивости медицинских организаций, а также недопущения образования просроченной кредиторской задолженности **МО** осуществляют:

1) Формирование плана финансово-хозяйственной деятельности (далее – ПФХД) МО на предстоящий год в пределах объемов финансового обеспечения медицинской помощи, установленных Комиссией объема финансового обеспечения медицинской помощи.

2) Корректировку ПФХД в случае невыполнения плановых показателей, как по объемам предоставления медицинской помощи, так и по объемам финансового обеспечения медицинской помощи, в течение месяца, следующего за месяцем, в котором выявлено соответствующее невыполнение.

3) Формирование плана закупок на соответствующий год в пределах объемов по соответствующим статьям расходов, предусмотренных ПФХД, с учетом плановых показателей по объемам медицинской помощи и объемам финансового обеспечения медицинской помощи.

4) Формирование плана закупок по приобретению продуктов питания (услуг по обеспечению питанием), медикаментов, медицинских изделий и расходных материалов по каждому структурному подразделению МО.

5.2. **Министерство** осуществляет контроль за соблюдением **МО** требований пункта 5.1 настоящего Соглашения.

5.3. В целях осуществления закупок по соответствующим статьям расходов ПФХД в пределах средств, предусмотренных договором на оказание и оплату медицинской помощи, **МО** предоставляют в **Министерство** заявку с учетом плановых показателей объемов оказания медицинской помощи. Министерство согласовывает заявку в пределах объемов средств по соответствующим статьям расходов ПФХД.

5.4. **МО** ежемесячно проводят анализ финансово-хозяйственной деятельности, сверку фактических доходов и расходов по каждому структурному подразделению, выявляют причины невыполнения установленных объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи, выявляют резервы и формируют план мероприятий по обеспечению сбалансированности доходов и расходов.

5.5. **МО** ежеквартально, до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, предоставляют в **Фонд** информацию о фактических расходах по форме согласно приложению № 2 к настоящему Соглашению.

5.6. **МО**, имеющие просроченную кредиторскую задолженность в размере, превышающим 5 % распределенного Комиссией объема финансового обеспечения медицинской помощи, ежемесячно, до 10 числа месяца, следующего за отчетным, предоставляют:

1) в **Фонд** информацию о закупленных медикаментах, медицинских изделиях, расходных материалах по форме согласно приложению № 3 к настоящему Соглашению;

2) в **Министерство** информацию о причинах образования просроченной кредиторской задолженности, подтвержденную соответствующими расчетами.

5.7. **Фонд** ежемесячно осуществляет анализ информации, предоставленной **МО** в соответствии с пунктом 5.6. настоящего Соглашения, на предмет обоснованности объема закупок относительно запланированных объемов оказания медицинской помощи.

В случае выявления фактов необоснованности либо несоответствия закупленных **МО** медикаментов, медицинских изделий, расходных материалов объемам медицинской помощи, установленных Комиссией, **Фонд** информирует об этом **Министерство**.

5.8. **Министерство** ежемесячно осуществляет анализ информации, предоставленной **МО** в соответствии с пунктом 5.7. настоящего Соглашения, проводит совещания с заслушиванием медицинских организаций, допустивших рост задолженности, с целью анализа причин и установления плана мероприятий по ликвидации задолженности.

5.9. **Фонд** ежемесячно предоставляет в **Министерство** информацию об изменении плановых объемов и плановой стоимости медицинской помощи

согласно решениям Комиссии, не позднее 10 рабочих дней после заседания Комиссии.

5.10. **Фонд** принимает участие в мероприятиях, указанных в пункте 5.8. настоящего Соглашения, вырабатывает в пределах своих полномочий предложения по снижению просроченной кредиторской задолженности МО.

5.11. **МО** осуществляют контроль за списанием медикаментов, медицинских изделий и расходных материалов в отделениях круглосуточного и дневного стационаров.

5.12. **МО** размещают информацию о принятых обязательствах за счет средств ОМС в ПК «СМАРТ – Бюджет» в течение трех рабочих дней после заключения Государственных контрактов (договоров).

5.13. **Фонд** ежеквартально до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, проводит оценку показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью в порядке, установленном в приложении № 4 к настоящему Соглашению.

5.14. **Министерство, СМО и МО** ежеквартально, до 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, предоставляют в Фонд информацию в соответствии с приложением № 4 к настоящему Соглашению, необходимую для осуществления расчета показателей и оценки показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью в соответствии с пунктом 5.15. настоящего Соглашения.

5.15. По результатам оценки, проводимой в соответствии с пунктом 5.15. настоящего Соглашения, устанавливается рейтинг МО, итоги которого размещаются в сети интернет на официальных сайтах Министерства и Фонда.

## VI. Мониторинг доступности и качества медицинской помощи. Показатели для определения рейтинга медицинских организаций и порядок подведения итогов

6.1. **Министерство** ежеквартально до 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, проводит оценку доступности и качества медицинской помощи по каждой МО по показателям, установленным приложением № 5 к настоящему Соглашению.

6.2. **Фонд** ежеквартально до 20 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, предоставляет в Министерство информацию в соответствии с приложением № 5 к настоящему Соглашению, необходимую для проведения оценки доступности и качества медицинской помощи в соответствии пунктом 6.1. настоящего Соглашения.

6.3. По результатам оценки, проводимой в соответствии с пунктом 6.1. настоящего Соглашения, Министерством устанавливается рейтинг МО, итоги которого размещаются в сети интернет на официальных сайтах Министерства и Фонда.

VII. Показатели для определения рейтинга страховых медицинских организаций и порядок подведения итогов

7.1. Фонд ежеквартально проводит оценку показателей деятельности по каждой СМО по показателям, установленным приложением № 6 к настоящему Соглашению.

7.2. По результатам оценки, проводимой в соответствии с пунктом 7.1. настоящего Соглашения, устанавливается рейтинг СМО итоги, которого размещаются в сети интернет на официальных сайтах Министерства и Фонда.

Министр  
здравоохранения  
Калужской области

(подпись)  
А.Ю. Цкаев

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021

Директор  
Территориального  
фонда  
обязательного  
медицинского  
страхования  
Калужской области

(подпись)  
Ю.В. Ковалева

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021

Директор  
Калужского  
филиала  
«Страховая  
компания «СОГАЗ-  
Мед»

(подпись)  
Е.А. Амелина

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021

Директор филиала  
АО «Медицинская  
акционерная  
страховая компания»  
в г. Калуге

(подпись)  
Н.А. Чурсина

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2021





к Соглашению по взаимодействию при планировании и реализации  
территориальной программы обязательного медицинского страхования  
Калужской области в рамках базовой программы обязательного  
медицинского страхования

**ФАКТИЧЕСКИЕ РАСХОДЫ**  
за \_\_\_\_\_ квартал (полугодие, 9 месяцев, год) \*

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

рублей

Наименование показателя	№ стро-ки	Всего расходы		из них			
		Из всех источников	в том числе за счет средств ОМС	Расходы, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (прямые расходы)		Расходы на обеспечение деятельности медицинской организации, не связанные с оказанием медицинской помощи (непрямые, накладные расходы)	
				Из всех источников	в том числе за счет средств ОМС	Из всех источников	в том числе за счет средств ОМС
Фактические расходы за отчетный период - всего (сумма строк 02 + 06 + 16 + 17 + 18)	1						
в том числе:							
оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда (сумма строк 03 + 04 + 05)	2						
в том числе:							
заработная плата	3						
прочие выплаты	4						
начисления на выплаты по оплате труда	5						
оплата работ, услуг (сумма строк 07 + 08 + 09 + 10 + 11 + 12)	6						
в том числе:							
услуги связи	7						
транспортные услуги	8						
коммунальные услуги **	9						
арендная плата за пользование имуществом **	10						
работы, услуги по содержанию имущества **	11						
прочие работы, услуги	12						
из них:							
оплата стоимости организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации)	13						
оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования)	14						
оплата стоимости диагностических и (или) консультативных услуг	15						
социальное обеспечение	16						
прочие расходы	17						
поступление нефинансовых активов (сумма строк 19 + 23 + 24)	18						
в том числе:							
увеличение стоимости основных средств (сумма строк 20 + 21 + 22)	19						
в том числе:							
медицинского оборудования	20						
медицинского инструментария	21						
прочих основных средств	22						
увеличение стоимости нематериальных активов	23						
увеличение стоимости материальных запасов							
(сумма строк 25 + 26 + 27 + 28 + 29 + 30 + 31+32+33)	24						
в том числе:							
лекарственных средств	25						
перевозочных средств	26						
медицинские изделия, используемые при оказании медицинской помощи (стенды, эндопротезы и другие дорогостоящие изделия)	27						
медицинского инструментария	28						
продуктов питания	29						
реактивов и химикатов, стекла и химпосуды	30						
горюче-смазочных материалов	31						
мягкого инвентаря	32						
прочих материальных запасов	33						

\* заполняется нарастающим итогом

\*\* из расчета доли расходов на содержание административно-хозяйственных зданий, сооружений

Руководитель МО

\_\_\_\_\_

подпись

Должностное лицо, ответственное за представление информации

\_\_\_\_\_

подпись

(\_\_\_\_\_)

Ф.И.О

номер телефона

к Соглашению по взаимодействию при планировании и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования  
Калужской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

Информация о закупленных медикаментах, медицинских изделиях и расходных материалах  
за \_\_\_\_\_месяц (квартал, полугодие, 9 месяцев, год) \*

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Наименование материальных запасов	Остаток на начало			Поступления			Расход			Остаток на конец		
	количество	цена, рублей	сумма, рублей	количество	цена, рублей	сумма, рублей	количество	цена, рублей	сумма, рублей	количество	цена, рублей	сумма, рублей
<b>I. Медикаменты, всего, в том числе по наименованию:</b>												
<b>II. Медицинские изделия, всего, в том числе по наименованию:</b>												
<b>III. Расходные материалы, всего, в том числе по наименованию:</b>												

\* заполняется нарастающим итогом

Руководитель МО \_\_\_\_\_

подпись

Должностное лицо, ответственное за  
представление информации

подпись

( \_\_\_\_\_ )  
Ф.И.О

номер телефона

к Соглашению по взаимодействию при планировании и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

### 1. Показатели и критерии оценки качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций

N п/п	Наименование показателя	Расчет показателя и критерии оценки	Единицы измерения	Уровень в баллах	Источники данных, используемых для расчета показателя
1.	Управление кредиторской задолженностью по расчетам с поставщиками и подрядчиками	$P = 100 \times K / E$ , где К - объем просроченной кредиторской задолженности по расчетам с поставщиками и подрядчиками за счет средств ОМС по состоянию на отчетную дату; Е - кассовое исполнение расходов медицинских организаций за счет средств ОМС на отчетную дату	%		Данные министерства здравоохранения области из бухгалтерских отчетов медицинских организаций на отчетную дату
		30% <P	балл	0	
		20% <P<= 30%	балл	1	
		10% <P<= 20%	балл	2	
		5% <P<= 10%	балл	3	
		0,5% <P<= 5%	балл	4	
		P<= 0,5%	балл	5	
2.	Отношение объема просроченной кредиторской задолженности на текущую дату к объему просроченной кредиторской задолженности к предыдущему отчетному периоду	При отсутствии просроченной кредиторской задолженности в отчетном периоде	балл	5	Данные министерства здравоохранения области
		При снижении просроченной кредиторской задолженности на отчетную дату по сравнению с предыдущим отчетным периодом:			

		$P = (K_n - K_T) / K_n \times 100$ , где $K_T$ - объем просроченной кредиторской задолженности по расчетам с поставщиками и подрядчиками за счет средств ОМС по состоянию на отчетную дату, $K_n$ - объем просроченной кредиторской задолженности по расчетам с поставщиками и подрядчиками за счет средств ОМС по состоянию на отчетную дату предыдущего периода			
		80 < P < 100	балл	4	
		50 < P < 80	балл	3	
		P < 50	балл	2	
		P = 0	балл	1	
		Увеличение объема просроченной кредиторской задолженности	балл	0	
3.	Соответствие Плана финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации объему планового дохода (с учетом переходящих обязательств)	Соответствует	балл	5	Данные министерства здравоохранения области, ТФОМС
		Не соответствует	балл	0	
4.	Оценка переходящих запасов медикаментов на отчетную дату для бесперебойного оказания медицинской помощи	Превышение трехмесячной потребности МО (установление факта превышения)	балл	0	Данные МО, министерства здравоохранения области
		Отсутствие превышения	балл	5	

5.	Оценка структуры расходов медицинских организаций на оказание медицинской помощи	$O = 100 - (D_{отчет} / D_{ср} * 100)$ , где: O – динамика доли фактических расходов в отчетном периоде, в % D <sub>отчет</sub> – доля фактических расходов на закупку медикаментов, медицинских изделий, расходных материалов в общем объеме расходов МО в отчетном периоде, в % D <sub>ср</sub> – среднее арифметическое значение доли фактических расходов на закупку медикаментов, медицинских изделий, расходных материалов в общем объеме расходов МО за два года, предшествующему году, в котором осуществляется оценка, в %	балл		Данные МО, ТФОМС
		-10% ≤ O ≤ 10%	балл	5	
		-10% > O > 10%	балл	0	
6.	Своевременное выставление реестров счетов на оплату оказанной медицинской помощи	Своевременное выставление	балл	5	Данные ТФОМС
		Несвоевременность выставления (наличие факта в отчетном периоде)	балл	0	
7.	Соответствие оказанной медицинской помощи запланированным объемам, установленным договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию **	Среднеарифметическое значение баллов, установленным по показателям M1...M5 пунктов 7.1.- 7.5.: $M_{ср.} = (M1 + \dots + M5) / K$ , где – K – количество показателей, участвующих в оценке	балл	0-5	Расчет

7.1.	По объемам медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара	$M1 = (M1_{\text{ф}} / M1_{\text{п}}) \times 100$ , где $M1_{\text{п}}$ – плановое количество госпитализаций в КС в отчетном году по состоянию на отчетную дату; $M1_{\text{ф}}$ – фактическое количество госпитализаций в КС в отчетном году по состоянию на отчетную дату	%		Данные ТФОМС
		$95 \leq M1 < 105$	балл	5	
		$80 \leq M1 < 95$	балл	4	
		$50 \leq M1 < 80$	балл	3	
		$20 \leq M1 < 50$	балл	2	
		$0 \leq M1 < 20$	балл	1	
		$M1 > 105$	балл	0	
7.2.	По объемам медицинской помощи в условиях дневного стационара	$M2 = (M2_{\text{ф}} / M2_{\text{п}}) \times 100$ , где $M2_{\text{п}}$ – плановое количество случаев лечения в ДС в отчетном году по состоянию на отчетную дату; $M2_{\text{ф}}$ – фактическое количество случаев лечения в ДС в отчетном году по состоянию на отчетную дату	%		Данные ТФОМС
		$95 \leq M2 < 105$	балл	5	
		$80 \leq M2 < 95$	балл	4	
		$50 \leq M2 < 80$	балл	3	
		$20 \leq M2 < 50$	балл	2	
		$0 \leq M2 < 20$	балл	1	
		$M2 > 105$	балл	0	
7.3.	По объемам медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и вне медицинской организации, в части медицинских услуг, не входящих в подушевой норматив финансирования	$M3 = (M3_{\text{ф}} / M3_{\text{п}}) \times 100$ , где $M3_{\text{п}}$ – плановое количество объемов в отчетном году по состоянию на отчетную дату; $M3_{\text{ф}}$ – фактическое количество объемов в отчетном году по состоянию на отчетную дату	%		Данные ТФОМС
		$95 \leq M3 < 105$	балл	5	
		$80 \leq M3 < 95$	балл	4	
		$50 \leq M3 < 80$	балл	3	
		$20 \leq M3 < 50$	балл	2	

		$0 \leq M3 < 20$	балл	1	
		$M3 > 105$	балл	0	
7.4.	По объемам амбулаторно-поликлинической помощи в части диспансеризации взрослого населения	$M4 = (M4_{\text{ф}} / M4_{\text{п}}) \times 100$ , где $M4_{\text{п}}$ – плановое количество объемов в отчетном году по состоянию на отчетную дату; $M4_{\text{ф}}$ – фактическое количество объемов в отчетном году по состоянию на отчетную дату	%		Данные ТФОМС
		$M4 \Rightarrow 100$	балл	5	
		средний показатель по всем МО $0 \leq M4 < 100$	балл	3	
		$0 \leq M4 <$ средний показатель по всем МО	балл	1	
		$M4 = 0$	балл	0	
7.5.	По объемам амбулаторно-поликлинической помощи в части профилактических осмотров взрослого населения и несовершеннолетних	$M5 = (M5_{\text{ф}} / M5_{\text{п}}) \times 100$ , где $M5_{\text{п}}$ – плановое количество объемов в отчетном году по состоянию на отчетную дату; $M5_{\text{ф}}$ – фактическое количество объемов в отчетном году по состоянию на отчетную дату	%		Данные ТФОМС
		$M5 \Rightarrow 100$	балл	5	
		средний показатель по всем МО $0 \leq M5 < 100$	балл	3	
		$0 \leq M5 <$ средний показатель по всем МО	балл	1	
		$M5 = 0$	балл	0	
8.	План мероприятий по финансовой устойчивости медицинской организации	Наличие плана мероприятий	балл	5	Данные министерства здравоохранения области
		Отсутствие плана мероприятий	балл	0	
9.	Участие медицинских организаций в программе по софинансированию расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала	Наличие прироста численности медицинского персонала, заявки в ТФОМС на получение средств из НСЗ	балл	5	Данные ТФОМС
		Заключено соглашение с ТФОМС, прирост численности отсутствует	балл	3	
		Не участвует в реализации мероприятий	балл	0	

10.	Размер начисленных штрафов за нарушение законодательства в сфере обязательного медицинского страхования	$S=(R_{ш} / R_{в}) \times 100$ , где $R_{ш}$ – общий объем начисленных штрафов, $R_{в}$ - общий объем расходов медицинской организации за счет средств ОМС	%		Данные ТФОМС, страховых медицинских организаций
		$S=0$ (отсутствуют штрафы)	балл	5	
		$0 < S \leq 5$	балл	3	
		$S > 5$	балл	0	
11.	Качество формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи	$O = (R_1 / R) \times 100$ , где $R_1$ - объем средств по отклоненным реестрам по результатам медико-экономического контроля, за исключением отклонений по причине превышения объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи; $R$ - общий объем средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи	%		Данные ТФОМС, страховых медицинских организаций
		$0 \Rightarrow O \leq 0,5 \%$	балл	5	
		$0,5 \% > O \leq 3\%$	балл	3	
		$O > 3\%$	балл	0	
12.	Нарушения, выявленные в ходе проверок Контрольно-счетной палатой, ТФОМС и другими контрольными органами *	Наличие выявленных нарушений *	балл	0	Данные ТФОМС, страховых медицинских организаций, министерства здравоохранения области и информация, представляемая контрольными органами по запросу ТФОМС
		Отсутствие нарушений	балл	5	
		Представления исполнены частично	балл	3	
		Представления не исполнены	балл	0	

\* по медицинским организациям, в которых в отчетном периоде не проводились контрольные мероприятия, значение показателя принимается как среднее арифметическое значение по данному показателю;

\*\* не учитывается в случае введения ограничений на территории субъекта Российской Федерации (или в целом по Российской Федерации) в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих; по МО, допустившим перевыполнение объемов медицинской помощи по причине развертывания дополнительных коек для оказания медицинской помощи пациентам с заболеванием новой коронавирусной инфекцией, по пункту 7.1. выставляется 5 баллов.

## 2. Порядок проведения оценки показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций



Оценка значений показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций осуществляется по балльной системе от 0 баллов до 5 баллов по каждому показателю.

Оценка значений показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций осуществляется по медицинским организациям, подведомственным министерству здравоохранения Калужской области включенным в реестр медицинских организаций, участвующим в территориальной программе ОМС, за исключением государственных автономных учреждений здравоохранения Калужской области "КОКСП" и "КОДСП" в связи с несопоставимостью показателей.

В случае выявления объективной невозможности определения оценки по какому-либо из показателей в целях обеспечения равных условий по указанному показателю выставляется условная оценка, равная среднему арифметическому соответствующих оценок, полученных остальными медицинскими организациями.

Итоговая оценка качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций определяется как сумма баллов по каждому показателю.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области проводит расчет и оценку значений показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций и формирует рейтинг медицинских организаций.

В результате оценки показателей качества управления финансово-хозяйственной деятельностью медицинских организаций будут определены 3 группы медицинских организаций по уровню качества управления финансово-хозяйственной деятельностью.

Медицинские организации, набравшие максимально возможное количество баллов, относятся к группе с высоким уровнем качества управления финансово-хозяйственной деятельностью (1 группа). Медицинские организации, набравшие количество баллов выше среднего сложившегося балла, но не набравшие максимально возможное количество баллов относятся к группе с удовлетворительным уровнем качества управления финансово-хозяйственной деятельностью (2 группа). Медицинские организации, набравшие количество баллов равное и менее среднего сложившегося балла относятся к группе с неудовлетворительным уровнем качества управления финансово-хозяйственной деятельностью (3 группа).

Рейтинг МО определяется по каждой группе отдельно, исходя из количества набранных баллов.

к Соглашению по взаимодействию при планировании и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

### Показатели для оценки доступности и качества медицинской помощи

№ п/п	Показатель	Единицы измерения	Целевое значение показателя	Критерии оценки	Баллы	Источники данных, используемых для расчета показателя
1.	Удовлетворенность населения медицинской помощью	проценты от числа опрошенных	51,0	51 и более	5	ТФОМС Калужской области
				менее 51	0	
2.	Смертность населения в трудоспособном возрасте	число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	510,0	480,0 и менее	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				более 480,0	0	
3.	Смертность населения	число умерших на 1000 человек населения	14,5	менее 14,0	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				более 14,0	0	
4.	Смертность детей в возрасте 0 - 17 лет	на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста	56,0	56,0 и более	0	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 56,0	5	
5.	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний	процент	11,5	11,5 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 11,5	0	
6.	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний	процент	11,0	11,5 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 11,5	0	
7.	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках	процент	10,8	11,0 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области

	диспансеризации, лиц старше трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у лиц старше трудоспособного возраста			менее 11,0	0	
8.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением с даты установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, находящихся под диспансерным наблюдением	процент	58,8	59,0 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 59,0	0	
9.	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года	процент	55,6	58,1 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 58,1	0	
10.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение	процент	17,3	17,5 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 17,5	0	
11.	Заболеваемость острым инфарктом миокарда на 1000 прикрепленного населения*	промилле	1,6	менее 1,6	5	ТФФОМС Калужской области
				более 1,6	0	
12.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению	процент	69	69,8 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 69,8	0	
13.	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведентромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой	процент	11	11 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 11	0	

	медицинской помощи					
14.	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению	процент	29	29,5 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 29,5	0	
15.	Заболеваемость ишемическим инсультом на 1000 прикрепленного населения*	промилле	2,4	менее 2,4	5	ТФОМС Калужской области
				более 2,4	0	
16.	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры	процент	4,5	4,8 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 4,8	0	
17.	Количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы	единиц	0	отсутствие	5	Министерство здравоохранения Калужской области, ТФОМС Калужской области
				наличие	0	
18.	Доля поступлений финансовых средств от оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общем объеме поступлений средств ОМСмедицинской организации**	процент	9,2	9,2 и более	5	ТФОМС Калужской области
				менее 9,2	0	
19.	Доля поступлений финансовых средств от оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общем объеме поступлений средств ОМСмедицинской организации**	процент	2,4	2,4 и более	5	ТФОМС Калужской области
				менее 2,4	0	
20.	Доля охвата диспансеризацией взрослого населения, подлежащего диспансеризации	процент	90	90 и более	5	ТФОМС Калужской области
				менее 90	0	
21.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения	процент	94	94 и более	5	ТФОМС Калужской области
				менее 94	0	
22.	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей	процент	95	95 и более	5	ТФОМС Калужской области
				менее 95	0	

23.	Доля женщин, которым проведено экстракорпоральное оплодотворение, в общем количестве женщин с бесплодием	процент	42,5	42,5 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 42,5	0	
24.	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями	процент	99	99 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 99	0	
25.	Доля записей к врачу, совершенных гражданами без очного обращения в регистратуру медицинской организации	процент	38	47 и более	5	Министерство здравоохранения Калужской области
				менее 47	0	

Примечание: итоговая оценка определяется как частное от деления суммы набранных медицинской организацией баллов и общего числа оцениваемых показателей.

к Соглашению по взаимодействию при планировании и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Калужской области в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

## Показатели

для определения рейтинга страховых медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Калужской области

№ п/п	Показатель	Формула расчета	Комментарий
1.	Доля застрахованных лиц СМО в субъекте РФ	$\mathcal{C} = \frac{\mathcal{C}_{\text{СМО}}}{\mathcal{C}_{\text{общ}}} \times 100\%$ , где $\mathcal{C}_{\text{СМО}}$ - численность лиц, застрахованных по ОМС в СМО, участвующей в реализации территориальной программы ОМС; $\mathcal{C}_{\text{общ}}$ - общая численность застрахованных по ОМС лиц в субъекте РФ	Численность застрахованных в страховой медицинской организации лиц к общему количеству застрахованных лиц субъекта РФ (%)
2.	Нарушения в экспертной деятельности СМО	$\text{КНтфомс} = \frac{\text{КНРе}}{\text{КРе}} \times 100\%$ , где КНРе - количество экспертных случаев, в которых территориальным фондом выявлены нарушения, не выявленные СМО и необоснованно признанные СМО дефектными при проведении экспертизы; КРе - количество экспертных случаев, взятых на реэкспертизу территориальным фондом.	Доля нарушений, выявленных территориальным фондом по результатам реэкспертизы, которые не были выявлены СМО при проведении экспертизы качества медицинской помощи (%)
3.	Проведение опросов	$\text{КГ}_p = \frac{\text{Гр}_{\text{опр}}}{\mathcal{C}_{\text{СМО}}} \times 100\%$ , где Гр <sub>опр</sub> - количество опрошенных застрахованных лиц; $\mathcal{C}_{\text{СМО}}$ - численность лиц, застрахованных по ОМС в СМО, участвующей в реализации территориальной программы ОМС	Доля граждан, опрошенных с целью изучения удовлетворенности организацией, условиями, доступностью и качеством медицинской помощи (%)
4.	Наличие обоснованных жалоб на работу СМО	$\text{ДОЖ}_{\text{об}} = \frac{\text{КОЖ}_{\text{СМО}}}{\mathcal{C}_{\text{СМО}}} \times 100000$ , где КОЖ <sub>СМО</sub> - количество обоснованных обращений (жалоб) на действия СМО, поступивших в территориальный фонд и СМО; $\mathcal{C}_{\text{СМО}}$ - численность лиц, застрахованных по ОМС в СМО,	Количество обоснованных жалоб на работу страховой медицинской организации на 100 000 застрахованных лиц

		участвующей в реализации территориальной программы ОМС.	
5.	Результативность досудебной и судебной деятельности СМО	$\text{КУИ} = \frac{\text{КУИ}_{\text{СМО}}}{\text{КИ}_{\text{СМО}}} \times 100\%$ , где КУИ <sub>СМО</sub> - количество судебных исков и досудебных претензий, инициированных СМО, по которым приняты решения об их удовлетворении; КИ <sub>СМО</sub> - количество судебных исков и досудебных претензий, инициированных СМО.	Доля судебных исков и досудебных претензий, по которым приняты решения об их удовлетворении, к общему количеству судебных исков и досудебных претензий, инициированных СМО (%)
6.	Доступность в получении информации для застрахованных лиц	$\text{КД} = \frac{\text{КСп}_{\text{СМО}}}{\text{Ч}_{\text{СМО}}} \times 100000$ , где КСп <sub>СМО</sub> - количество специалистов СМО, участвующих в деятельности по защите прав застрахованных лиц; Ч <sub>СМО</sub> - численность лиц, застрахованных по ОМС в СМО, участвующей в реализации территориальной программы ОМС.	Количество специалистов СМО, участвующих в деятельности по обеспечению и защите прав застрахованных лиц, на 100 000 застрахованных лиц
7.	Информационная активность СМО в медицинских организациях	$\text{КМО} = \frac{\text{КМОСт}}{\text{КМО}_{\text{СМО}}} \times 100\%$ , где КМОСт - количество медицинских организаций, обеспеченных информационными стендами с актуальной информацией о правах ЗЛ; КМО <sub>СМО</sub> - количество медицинских организаций субъекта Российской Федерации, с которыми СМО заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.	Доля медицинских организаций, обеспеченных информационными стендами о правах застрахованных лиц, к общему количеству медицинских организаций субъекта РФ, с которыми у СМО заключен договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (%)
8.	Информирование застрахованных лиц	$\text{И}_{\text{ЗЛ}} = \frac{\text{ИИ}}{\text{ПД}} * 100\%$ , где ИИ - количество застрахованных лиц, индивидуально проинформированных СМО о возможности прохождения профилактических мероприятий. ПД - количество застрахованных лиц в СМО, включенных в списки к прохождению 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в текущем году;	Доля застрахованных лиц, индивидуально проинформированных СМО о возможности прохождения профилактических мероприятий к общему количеству застрахованных лиц в СМО, включенных в списки к прохождению 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в текущем году (%)

9.	Эффективность индивидуального информирования застрахованных лиц, подлежащих прохождению диспансеризации	$ЭИ_{зл} = \frac{ППМ_{инф}}{ИИ} * 100\%$ , где ППМ <sub>инф</sub> - количество застрахованных лиц, прошедших 1 этап профилактических мероприятий, из числа индивидуально проинформированных о возможности прохождения профилактических мероприятий. ИИ - количество застрахованных лиц, индивидуально проинформированных о возможности прохождения профилактических мероприятий:	Доля застрахованных лиц, прошедших 1 этап профилактических мероприятий, из числа индивидуально проинформированных о возможности прохождения профилактических мероприятий к общему количеству застрахованных лиц, индивидуально проинформированных о возможности прохождения профилактических мероприятий (%)
10.	Доля умерших застрахованных лиц, находящихся на диспансерном наблюдении по результатам диспансеризации за последние три года	$C_{дн} = \frac{У_{дн}}{У_{общ}} * 100\%$ , где У <sub>дн</sub> - количество умерших застрахованных лиц, находившихся в текущем году на диспансерном наблюдении по результатам диспансеризации; У <sub>общ</sub> - количество умерших застрахованных лиц в СМО в текущем году.	Количество умерших застрахованных лиц, находившихся в текущем году на диспансерном наблюдении по результатам диспансеризации к общему количеству умерших застрахованных лиц в СМО в текущем году (%)
11.	Объем экспертиз качества медицинской помощи по случаям летальных исходов	$ЭКМП_{ли} = \frac{КЭМП_{ли}}{КС_{ли}} * 100\%$ , где КЭМП <sub>ли</sub> - количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи, по которым проведена целевая ЭКМП; КС <sub>ли</sub> - количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи	Доля страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи, по которым проведена целевая ЭКМП к общему количеству страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи (%)
12.	Экспертная деятельность СМО	$Д_{окс+онмк} = \frac{КРСЛ_{окс+онмк} + онмк}{КСЛ_{окс+онмк}} * 100\%$ , где КРСЛ <sub>ЭКМП</sub> - количество случаев лечения острого коронарного синдрома (ОКС) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), по	Доля рассмотренных случаев лечения ОКС и ОНМК, по которым проведена ЭКМП, от общего количества случаев лечения ОКС и ОНМК (%)



		которым проведены ЭКМП, КСЛ <sub>ОКС+ОНМК</sub> - количество случаев лечения ОКС и ОНМК;	
13.	Контроль по случаям хронических неинфекционных заболеваний <*>, являющихся основной причиной смертности, впервые выявленных по результатам диспансеризации ----- <*> ХНЗ: болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хронические болезни легких	$K_{\text{ХНЗ}} = \frac{K_{\text{ТЭКМП ХНЗ}}}{K_{\text{ХНЗ}}} * 100\%$ , где K <sub>ТЭКМП ХНЗ</sub> - количество тематических ЭКМП, проведенных СМО по ХНЗ, являющимся основной причиной смертности, выявленным по результатам диспансеризации. K <sub>ХНЗ</sub> - количество случаев ХНЗ, являющихся основной причиной смертности, выявленных по результатам диспансеризации;	Доля тематических ЭКМП, проведенных СМО по ХНЗ, являющимся основной причиной смертности, выявленным по результатам диспансеризации к общему количеству случаев ХНЗ, являющихся основной причиной смертности, выявленных по результатам диспансеризации (%)
14.	Деятельность представителей СМО в медицинских организациях	$\Pi_{\text{СМО}} = \frac{K_{\text{конс}}}{K_{\text{заст}}} * 100\ 000$ , где K <sub>конс</sub> - количество консультаций, предоставленных представителями СМО в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС; K <sub>застр</sub> - количество застрахованных лиц в субъекте РФ	Количество консультаций, предоставленных представителями СМО в МО, на 100 000 застрахованных лиц
15.	Охват медицинских организаций представителями СМО	$\text{ОХ}_{\text{МО}} = \frac{K_{\text{предст}}}{K_{\text{МО}}} * 100\%$ , где K <sub>предст</sub> - количество медицинских организаций, имеющих представителей СМО; K <sub>МО</sub> - количество медицинских организаций в субъекте РФ	Доля медицинских организаций, имеющих представителей СМО (%)

Примечание: При проведении оценки осуществляется сравнение СМО по каждому из перечисленных критериев. В случае превышения значения конкретного показателя оценки одной из СМО, по данному показателю ей присваивается один балл, другой СМО, в этом случае по данному показателю устанавливается ноль баллов.

Ранжирование СМО осуществляется по числу набранных баллов по всем установленным показателям.