

СОГЛАШЕНИЕ

о внесении изменений в тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования граждан
в Оренбургской области на 2022 год

г. Оренбург

31 марта 2022г.

Настоящее соглашение о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области на 2021 год (далее – Соглашение, ТС) заключено между:

Министерством здравоохранения Оренбургской области в лице вице-губернатора – заместителя председателя Правительства Оренбургской области по социальной политике – министра здравоохранения Оренбургской области Савиновой Татьяны Леонидовны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Марковской Виктории Викторовны,

профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) в лице председателя Оренбургской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Варавва Людмилы Борисовны,

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) в лице члена Оренбургского регионального отделения общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» Гречихиной Светланы Владимировны,

страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования Оренбургской области в лице директора Оренбургского филиала АО «Страховая компания «Согаз – Мед» Малой Татьяны Викторовны,

именуемыми в дальнейшем сторонами.

I. Предмет соглашения

1. Предметом соглашения являются изменение согласованных ранее сторонами позиций по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам в Оренбургской области в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Программа ОМС) на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы ОМС от 31.03.2022г. (протокол №7).

II. Вносимые изменения

2.1 Абзацы со второго по седьмой пункта 4.1 Тарифного соглашения заменить абзацами следующего содержания:

«- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-

генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

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);

углубленной диспансеризации.

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи выделяются подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по общетерапевтическому профилю, профилям «акушерство и гинекология» и «стоматология».

2.2 Подпункт 4.4.2 Тарифного соглашения под литерой б) дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае, если расчетный половозрастной коэффициент для группы женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6, а значение коэффициентов других возрастных групп снижается до достижения значения среднего по области коэффициента, равного 1».

2.3 Подпункт 4.4.2 Тарифного соглашения под литерой в) изменить:

- изложив формулу (третий абзац) в новой редакции:

$$\langle \text{ПН}_{\text{тин } i} = \text{С}_{\text{тин баз}} * \text{СКД}_{\text{тин } i} * \text{КУ}_{\text{мо}} * \text{КД}_{\text{от}}, \text{ где} \rangle$$

- дополнив абзацем пятым следующего содержания:

«КД_{от} – коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень расходов на содержание медицинских организаций и оплату труда персонала (по численности прикрепленного населения к медицинским организациям, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тысяч человек), установленный настоящим Соглашением;

2.4 Подпункт 4.5.2 Тарифного соглашения под литерой б) дополнить абзацем следующего содержания:

«В случае, если расчетный половозрастной коэффициент для групп мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6, а значение коэффициентов других половозрастных групп снижается до достижения значения среднего по области коэффициента, равного 1».

2.5 Подпункт 4.5.2 Тарифного соглашения под литерой в) изменить:

- изложив формулу (третий абзац) в новой редакции:

$$\langle \text{ПН}_{\text{стом } i} = \text{С}_{\text{стом баз}} * \text{СКД}_{\text{стом } i} * \text{КУ}_{\text{мо}} * \text{КД}_{\text{от}}, \text{ где} \rangle$$

- дополнив абзацем пятым следующего содержания:

«КД_{от} – коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень расходов на содержание медицинских организаций и оплату труда персонала (по численности прикрепленного населения к медицинским организациям, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью до 50 тысяч человек), установленный настоящим Соглашением;

2.6 Абзац четвертый пункта 4.7 Тарифного соглашения дополнить фразой «, начиная с 1 июля 2022 года».

2.7 Подпункт 4.9.4 после фразы «ГБУЗ «ББСМП»», дополнить фразой «ГБУЗ «ООКПГВВ»».

2.8 Пункт 5.1 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«5.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), устанавливаются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар,

оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установленных настоящим Соглашением.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВМП.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в стационарных условиях оплата осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи».

2.9 Пункт 6.1 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«6.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются способы оплаты:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установленных настоящим Соглашением.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги

диализа в условиях дневного стационара оплата осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

2.10 Пункт 7.1 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«7.1 При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), устанавливается способ оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате 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).

Кроме того, оплата за вызов осуществляется в случаях:

- оказания скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии по тарифам, дифференцированным в зависимости от схемы проведения ТЛТ в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области;
- оказания скорой специализированной, включая медицинскую эвакуацию, медицинской помощи, оказываемой отделениями экстренной консультативной помощи.

2.11 Абзац первый под литерой б) подпункта 7.3.2 Тарифного соглашения заменить абзацами следующего содержания:

«Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи ($КС_{смп}$) определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

$$КС_{смп} = СКД_{пви} * КУ_{мо} * КД_{пн}, \text{ где}$$

$СКД_{пви}$ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

$КУ_{мо}$ - коэффициент уровня i -той медицинской организации;

$КД_{пн}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность медицинских организаций, климатические и географические особенности отдельных территорий субъекта Российской Федерации

Коэффициенты уровня и коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность медицинских организаций, климатические и географические особенности отдельных территорий, для всех медицинских организаций устанавливаются в размере 1.

2.12 В пункте 1.2 приложения 2.1 к Тарифному соглашению по позиции «МО уровень 2 подуровень 2» значение с «1,33» изменить на «1,47»;

2.13 Приложение 2.2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 1 к настоящему Соглашению;

2.14 Приложение 2.3 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 2 к настоящему Соглашению;

2.15 Приложение 2.4 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 3 к настоящему Соглашению.

2.16 Приложение 2.5 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 4 к настоящему Соглашению;

2.17 Приложение 2.6 к Тарифному соглашению с 01.03.2022г. дополнить следующей позицией:

МОЕР	Краткое наименование МО	КДстом i	КУмо	расч ПНстом i	факт ПНстом i с уч К попр
560152	ООО «Дент Арт»	0,9497	1,0000	501,59	479,67

2.18 Приложение 2.6 к Тарифному соглашению с 01.04.2022г. изложить в новой редакции в соответствии с приложением 5 к настоящему Соглашению.

2.19 Приложение 3.7 к Тарифному соглашению дополнить следующими позициями:

Код КСГ	Наименование КСГ
st19.120	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)
st19.121	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)

2.20 Приложение 5.2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 6 к настоящему Соглашению

2.21 Приложение 6.2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 7 к настоящему Соглашению

2.22 Приложение 7 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 8 к настоящему Соглашению

2.23 Приложение 9 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 9 к настоящему Соглашению.

III. Заключительные положения

3.1 Соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие:

- по пунктам 2.19 – с 01.01.2022г.;

- по пунктам 2.12, 2.13 и 2.17 – с 01.03.2022г.;
- по пунктам 2.1-2.11, 2.14-2.16, 2.18, 2.20, 2.21, 2.23 – с 01.04.2022г.;
- по пункту 2.22 – с 01.05.2022г.

Подписи сторон:

От Министерства здравоохранения области:

Вице-губернатор – заместитель
председателя Правительства Оренбургской
области по социальной политике – министр
здравоохранения Оренбургской области



Т.Л. Савинова

От ТФОМС Оренбургской области:

Директор



В.В. Марковская

От профессиональных союзов медицинских работников
или их объединений (ассоциаций):

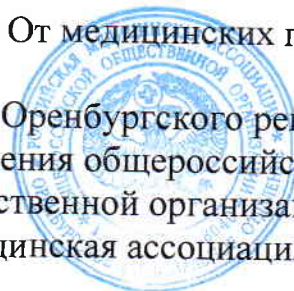
Председатель Оренбургской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



Л.Б. Варавва

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций:

Член Оренбургского регионального
отделения общероссийской
общественной организации «Российская
медицинская ассоциация»



С.В. Гречихина

М.П.

От Страховых медицинских организаций:

Директор Оренбургского филиала
АО «Страховая компания «Согаз-Мед»



Т.В. Малая