

СОГЛАШЕНИЕ

о внесении изменений и дополнений в тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования граждан
в Оренбургской области на 2023 год

г. Оренбург

30 января 2023г.

Настоящее соглашение о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области на 2023 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 Варава 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 и дополнение 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 30.01.2023г. (протокол №2).

II. Вносимые изменения

2.1 В подпункте 4.1 Тарифного соглашения:

- дополнить абзацем десятым следующего содержания:

«медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение)»;

- абзац шестнадцатый исключить.
- последний абзац исключить;

2.2 В абзаце втором подпункта 4.3.1 слово (средний) исключить.

2.3 В подпункте 4.3.2 Тарифного соглашения абзацы под литерой а) изложить в новой редакции:

«а) Расчет среднего размера финансового обеспечения и базового подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи (РФО_{ср} и ПН_{баз}).

Средний размер финансового обеспечения амбулаторной помощи утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$\text{РФО}_{\text{ср}} = (\sum \text{Нст}_{\text{амб } i} * \text{Ноб}_{\text{амб } i} * \text{К}_{\text{диф суб РФ}} * \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{МТР}}) / \text{Ч}_3, \text{ где}$$

Нст_{амб i} – федеральный норматив стоимости единицы амбулаторной помощи по целям (направлениям);

Ноб_{амб i} – федеральный норматив объемов амбулаторной помощи по целям (направлениям);

К_{диф.суб.РФ} – территориальный коэффициент дифференциации (повышающий), применяемый для Оренбургской области при расчете субвенций ФФОМС (равен 1,105);

ОС_{МТР} – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках межтерриториальных расчетов;

Ч₃ – численность застрахованных граждан, прикрепленных к медицинским организациям для получения ПСМП».

Базовый подушевой норматив утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$\text{ПН}_{\text{баз}} = (\text{РФО}_{\text{ср}} * \text{Ч}_3 - \text{ОС}_{\text{вне подуш}} - \text{ОС}_{\text{проф}}) / \text{Ч} * 0,95, \text{ где}$$

ОС_{вне подуш} – размер средств на оплату объемов амбулаторной помощи, выведенной из расчета подушевого финансирования амбулаторной помощи общетерапевтического профиля в соответствии с пп. 4.1 и 4.3.1 настоящего Соглашения;

ОС_{проф} – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, углубленной диспансеризации и диспансерного наблюдения»;

0,95 – доля средств без учета части, направляемой на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности».

2.4 В абзаце втором подпункта 4.4.1 слово (средний) исключить

2.5 В подпункте 4.4.2 Тарифного соглашения:

- в абзаце первом и абзаце первом под литерой а) слово (среднего) исключить;
- абзацы третий и четвертый под литерой в) изложить в новой редакции:

$$\text{« ПН}_{\text{гин } i} = \text{С}_{\text{гин баз}} * \text{СКД}_{\text{гин } i} * \text{КУ}_{\text{мо}} * \text{К}_{\text{дк}} * \text{КД}_{\text{от}}, \text{ где}$$

КУ_{мо} – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный настоящим Соглашением для медицинских организаций.

$K_{\text{дк}}$ – коэффициент, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников. Для всех медицинских организаций его значение устанавливается равным 1.»

2.6 В абзаце втором подпункта 4.5.1 слово (средний) исключить

2.7 В подпункте 4.5.2 Тарифного соглашения:

- в абзаце первом и абзаце первом под литерой а) слово (среднего) исключить;

- абзацы третий и четвертый под литерой в) изложить в новой редакции:

$$\ll \text{ПН}_{\text{стом } i} = \text{С}_{\text{стом баз}} * \text{СКД}_{\text{стом } i} * \text{КУ}_{\text{мо}} * K_{\text{дк}} * K_{\text{Дот}}, \text{ где}$$

$\text{КУ}_{\text{мо}}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный настоящим Соглашением для медицинских организаций.

$K_{\text{дк}}$ – коэффициент, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников. Для всех медицинских организаций его значение устанавливается равным 1.»

2.8 Подпункт 4.9.2 Тарифного соглашения дополнить следующим предложением:

«Также в тариф не включены консультации врачей других специальностей.»

2.9 В подпункте 5.1 Тарифного соглашения:

- абзац второй изложить в новой редакции:

«за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа»;

- абзац третий дополнить словами «в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа»;

- абзац четвертый исключить;

- в абзаце пятом слова «по КСГ для оплаты услуг диализа» заменить словами «за услугу диализа».

2.10 Подпункт 5.3 Тарифного соглашения дополнить абзацем седьмым следующего содержания:

«Случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, оплачиваются как прерванные.»

2.11 В подпункте 5.4 Тарифного соглашения:

- второй абзац под литерой ж) изложить в новой редакции:

«Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3) с пересекающимися сроками лечения не допускается.

- в абзаце под литерой е) исключить слово «первой»

- абзац под литерой и) исключить;
- предпоследний абзац изложить в новой редакции:

«При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпункте 5.4 настоящего соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи с круглосуточного стационара на дневной стационар и переводе пациента в другую медицинскую организацию».

2.12 В подпункте 6.1 Тарифного соглашения:

- абзац второй изложить в новой редакции:

«за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи)»;

- абзац третий дополнить словами «за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи)»;

- в абзаце четвертом слова «по КСГ для оплаты услуг диализа» заменить словами «за услугу диализа»;

- дополнить абзацем следующего содержания:

«При оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара коэффициент уровня для всех медицинских организаций установлен в значении, равном 1».

2.13 В подпункте 7.3.2 Тарифного соглашения:

- абзацы под литерой а) изложить в новой редакции:

«Расчет среднего размера финансового обеспечения и базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ($C_{\text{ср}}$ и $C_{\text{баз}}$).

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи утверждается Соглашением не реже одного раза в год и рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{ср}} = (N_{\text{стсмп}} * N_{\text{обсмп}} * K_{\text{диф суб РФ}} * Ч_3 - O_{\text{СМТР}}) / Ч_3, \text{ где}$$

$N_{\text{стсмп}}$ – федеральный норматив стоимости единицы скорой медицинской помощи;

$N_{\text{обсмп}}$ – федеральный норматив объемов скорой медицинской помощи;

$K_{\text{диф суб РФ}}$ – территориальный коэффициент дифференциации (повышающий), применяемый для Оренбургской области при расчете субвенций ФФОМС;

$Ч_3$ – численность застрахованного по ОМС населения субъекта, учтенного при расчете территориальной программы ОМС на 2023 год;

$O_{\text{СМТР}}$ – размер средств на оплату СМП, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта, где выдан полис ОМС.

Базовый подушевой норматив финансирования утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{баз}} = (C_{\text{ср}} * Ч_3 - OC_{\text{выз}}) / Ч_3, \text{ где}$$

$OC_{\text{выз}}$ - размер средств, направляемых на оплату СМП за вызов».

- под литерой б) абзацы первый-пятый исключить;
- абзацы под литерой в) изложить в новой редакции:

«в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи ($ПН_{\text{смп } i}$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – дифференцированные подушевые нормативы СМП).

Дифференцированные подушевые нормативы СМП используются для расчета объема финансирования скорой медицинской помощи по подушевому принципу и рассчитываются для медицинских организаций (i) по формуле (с учетом, что $СКД_{\text{пви}} = КС_{\text{смп}}$):

$$ПН_{\text{смп } i} = C_{\text{баз СМП}} * СКД_{\text{пви}} * КУ_{\text{мо}} * К_{\text{дк}} * КД_{\text{пн}}, \text{ где}$$

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

$КУ_{\text{мо}}$ - коэффициент уровня i-той медицинской организации. Для всех медицинских организаций его значение устанавливается равным 1;

$К_{\text{дк}}$ – коэффициент, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников. Для всех медицинских организаций его значение устанавливается равным 1;

$КД_{\text{пн}}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность медицинских организаций, климатические и географические особенности отдельных территорий субъекта Российской Федерации. Для всех медицинских организаций его значение устанавливается равным 1.

Дифференцированные подушевые нормативы СМП утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базового подушевого норматива или половозрастных коэффициентов дифференциации СМП.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент ($К_{\text{попр}}$) по формуле:

$$К_{\text{попр}} = (C_{\text{баз}} * Ч_3) / \sum (ПН_{\text{смп } i} * Ч_{\text{мо}}), \text{ где}$$

$Ч_3$ – численность застрахованного обслуживаемого населения.

С учетом полученного поправочного коэффициента настоящим Соглашением для медицинских организаций утверждаются фактические

дифференцированные подушевые нормативы.».

2.14 Подпункты 8.1 и 8.2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«8.1 Средний размер финансового обеспечения амбулаторной помощи в размере 6 581,72 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 5 956,31 рублей);

8.2 Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи без учета средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (за исключением помощи по профилям «акушерство и гинекология», «стоматология») в размере 2002,18 рубль (без учета коэффициента дифференциации – 1 811,93 рублей)».

2.15 Подпункт 8.11 Тарифного соглашения исключить и изменить нумерацию с подпункта 8.12 до конца пункта 8.

2.16 В подпункте 9.2 абзац второй исключить

2.17 В подпункте 10.2 абзац второй исключить

2.18 Подпункты 11.1 и 11.2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«11.1 Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи в размере 1 032,19 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 934,11 рублей)

11.2 Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 1 022,44 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 925,29 рубля);

2.19 В приложении 1 к Тарифному соглашению наименование позиции ГАУЗ "ООКБ" изменить на ГАУЗ «ООКБ им. В.И. Войнова».

2.20 В приложениях 2.2 и 2.6 к Тарифному соглашению код МОЕР и наименование позиции 560034 ГАУЗ «ГБ № 4» г. Орска изменить на 560325 ГАУЗ «ГБ» г. Орск.

2.21 В приложении 3.1 к Тарифному соглашению:

- позиции st 36.020 - st 36.023 исключить;
- для позиции st 21.005 коэффициент специфики изменить с 0,85 на 1,0.

2.22 В приложении 3.2 к Тарифному соглашению:

- наименование позиции ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» изменить на ГАУЗ "Оренбургская областная клиническая больница им. В.И. Войнова»;

- по позиции 560325 ГАУЗ "Городская больница" города Орска отделение «Гематологическое» перенести с уровня 3 подуровня 1 на уровень 2 подуровень 2.

2.23 В приложении 3.3 к Тарифному соглашению:

- дополнить позиции в соответствии с приложением 1 к настоящему Соглашению;

- в разделе «Проведение однотипных операций на парных органах в следующих случаях» для кода A16.26.093.002 изменить код КСГ с st21.005 на st21.009.

2.24 В приложении 3.4 к Тарифному соглашению позицию st 21.005 исключить и дополнить следующими позициями:

№ КСГ	Наименование КСГ
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st36.024	Радиойодтерапия
st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)
st37.024	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы
st37.025	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы
st37.026	Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)

2.25 Приложение 3.5 к Тарифному соглашению дополнить следующей позицией:

Код КСГ	Наименование КСГ
st36.024	Радиойодтерапия

2.26 Приложение 4 к Тарифному соглашению в части тарифов групп ВМП 7, 30 и 58 изложить в новой редакции в соответствии с приложением 2 к настоящему Соглашению.

2.27 В приложении 5.1 к Тарифному соглашению:

- позицию ds36.011 исключить;
- для позиции ds 21.006 коэффициент специфики изменить с 0,85 на 1,0.

2.28 Приложение 5.2 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 3 к настоящему Соглашению.

2.29 В приложении 5.3 к Тарифному соглашению позиции ds02.009 - ds02.011 исключить и дополнить следующей позицией:

Код КСГ	Наименование КСГ
ds18.002.001	Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ, уровень 1 (этелкальцетид до 3-х введений)

2.30 В приложении 6.2 к Тарифному соглашению столбцы КУ_{мо} и КД_{пн} исключить.

2.31 В приложении 7 к Тарифному соглашению, в столбце «единица оплаты» исключить аббревиатуру «КСГ» и знаки скобок.

2.32 В приложении 8 к Тарифному соглашению позиции:

- в разделе II стоимость позиции 3.5 «Определение концентрации Д-димера в крови» изменить с 404,87 рублей на 523,92 рубля;
- в разделе III стоимость позиции 4 «Определение концентрации Д-димера в крови» изменить с 519,01 рублей на 523,92 рубля.

III. Заключительные положения

3.1 Соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2023г.

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»

М.П.

От Страховых медицинских организаций:



С.В. Гречихина

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



Т.В. Малая