

СОГЛАШЕНИЕ

о внесении изменений и дополнений в тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования граждан
в Оренбургской области на 2021 год

г. Оренбург

16 февраля 2021г.

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 в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 24.12.2020 г. № 1161-п «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 г. № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (протокол заочного заседания членов рабочей группы от 29 декабря 2020 г. № 06/11/8) и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Соглашения 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 16.02.2021г. (протокол № 4).

II. Вносимые изменения и дополнения

2.1 В пункте 4.1 Тарифного соглашения:

- в абзаце 1 исключить фразу «(включая помощь, оказываемую средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием)»;
- в абзацах 2 и 4 исключить фразы «иммуногистохимических исследований» и «тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»;
- абзацы 5, 8-10 исключить;
- дополнить абзацем следующего содержания:

«При оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывая критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (утв. Приказом МЗиСР РФ от 15.05.2012г. N 543н), используется способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации».

2.2 В абзаце 3 подпункта 4.3.1 исключить фразу «иммуногистохимических исследований»;

2.3 В подпункте 4.3.2 тарифного соглашения:

- абзац 1 и пункт с литерой а) изложить в новой редакции:

«4.3.2 Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторной помощи

а) Расчет среднего, базового подушевых нормативов финансирования амбулаторной помощи ($ПН_{ср}$ и $ПН_{баз}$) и коэффициента приведения среднего подушевого норматива к базовому ($K_{прив}$).

Средний подушевой норматив утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$ПН_{ср} = (\sum Н_{ст_{амб\ i}} * Н_{об_{амб\ i}} * K_{диф\ суб\ РФ} * Ч_3 - ОС_{МТР}) / Ч_3, \text{ где}$$

$Н_{ст_{амб\ i}}$ – федеральный норматив стоимости единицы амбулаторной помощи по целям (направлениям);

$Н_{об_{амб\ i}}$ – федеральный норматив объемов амбулаторной помощи по целям (направлениям);

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

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

$Ч_3$ – численность застрахованных граждан, прикрепленных к медицинским организациям для получения ПСМП».

Базовый подушевой норматив утверждается настоящим Соглашением и рассчитывается по формуле:

$$ПН_{\text{баз}} = (ПН_{\text{ср}} * Ч_3 - ОС_{\text{вне подуш}}) / Ч_3, \text{ где}$$

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

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования утверждается настоящим соглашением и рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{прив}} = ПН_{\text{баз}} / ПН_{\text{ср}}$$

- пункт с литерой в) изложить в новой редакции:

«в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения амбулаторной помощи ($ПНА_i$) в рамках программы ОМС по подушевому принципу (далее – дифференцированные подушевые нормативы).

Дифференцированные подушевые нормативы используются для расчета объема финансирования амбулаторной помощи по подушевому принципу и рассчитываются для медицинских организаций (i) по формуле:

$$ПНА_i = ПН_{\text{баз}} * K_{\text{спец}} * K_{\text{Дот}} * K_{\text{попр}} * K_{\text{Умп/проф}}, \text{ где}$$

$K_{\text{спец}}$ – коэффициент специфики, учитывающий уровень медицинской организации, установленный настоящим Соглашением, и средневзвешенный по медицинской организации коэффициент половозрастных затрат ($СКД_{\text{пви}}$);

$K_{\text{Дот}}$ – коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций и оплату труда персонала (учитывающий численность 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;

$K_{\text{попр}}$ – поправочный коэффициент

$K_{\text{Умп/проф}}$ – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

В свою очередь, значение коэффициента специфики рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{спец}} = \text{СКД}_{\text{пви}} * K_{\text{Умо}}, \text{ где}$$

$K_{\text{Умо}}$ – коэффициент уровня медицинской организации, установленный настоящим Соглашением для групп медицинских организаций;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{Умп/проф}} = (\text{ОС}_{\text{проф } i} + \sum \text{ОС}_{\text{ПНФ - проф}}) / \sum \text{ОС}_{\text{ПНФ - проф}}, \text{ где}$$

$\text{ОС}_{\text{проф } i}$ – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением 2 этапа диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный решением комиссии по разработке ТП ОМС;

$\sum \text{ОС}_{\text{ПНФ - проф}}$ – общий объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях за исключением объема средств на проведение профилактических медицинских осмотров (диспансеризации).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам (без учета применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)), к общему объему средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации, рассчитывается поправочный коэффициент ($K_{\text{попр}}$) по формуле:

$$K_{\text{попр}} = (\text{ПН}_{\text{баз}} * \text{Чз}) / \sum (\text{ПНА}_i \text{ без проф} * \text{Чз}_{\text{мо}}), \text{ где}$$

$\text{ПНА}_i \text{ без проф}$ - дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения амбулаторной помощи без учета средств на оплату профилактических медицинских осмотров и мероприятий по диспансеризации

Дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год и подлежат пересмотру в случаях изменения базового подушевого норматива или любого из коэффициентов

2.4 В абзаце 4 пункта 4.7 фразу «коэффициент дифференциации размера» заменить на фразу «коэффициент специфики к размеру»;

2.5 Пункт 4.8 изменить:

- исключив в абзаце 1 подпункта 4.8.11 фразу «иммуногистохимических исследований»;

- дополнив подпунктами следующего содержания:

«4.8.15 Оплата компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в случае проведения исследования двух и более анатомических областей/органов осуществляется по тарифу, включающему в себя стоимость всех проведенных исследований и, при наличии показаний, анестезиологического пособия. При этом только для одного из этих случаев может применяться тариф, учитывающий применение контрастного вещества или использование анестезиологического пособия.

4.8.16 Установленный настоящим Соглашением тариф за законченный случай по поводу заболевания или с профилактической целью по клинικο-статистическим группам при оказании стоматологической помощи применяется для целей формирования реестров счетов и для расчетов за оказанную стоматологическую помощь не по месту прикрепления (по направлению или в иных случаях, предусмотренных Регламентом оплаты медицинской помощи в системе ОМС). Оплате подлежит стоматологическая помощь по заболеваниям, лечение которых в полном объеме осуществляется с использованием изделий медицинского назначения, стоматологических материалов, лекарственных препаратов, необходимых для оказания стоматологической помощи, перечень которых утвержден территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Оренбургской области медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

Оплата незаконченных случаев оказания стоматологической медицинской помощи, которыми являются случаи оказания неотложной помощи (одно посещение, при котором проводятся мероприятия, направленные на снятие острой боли и острых воспалительных явлений, оказание первой помощи при травмах), а также плановой стоматологической помощи, прерванной по причинам, не зависящим от МО-балансодержателя, осуществляется с применением понижающего коэффициента к тарифу КСГ.

Номер КСГ	Наименование КСГ	Доля оплаты
d005	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 1 корневого зуба	0,45
d006	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 2 корневого зуба	0,45
d007	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 3 и более корневого зуба	0,45
d010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ, языка, требующие медикаментозного лечения у детей	0,4
t002	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 1 корневого зуба	0,45
t003	Заболевания твердых тканей зуба, требующие	0,45

	эндодонтического лечения с последующим восстановлением 2 корневого зуба	
t004	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 3 и более корневого зуба	0,45
t010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и языка, требующие лечения	0,4
h001	Заболевания, требующие консервативного лечения (долечивания) в амбулаторных условиях и/или направления в стационар	0,7
h004	Заболевания, требующие сложного удаления зуба (сверхкомплектного, ретенированного, дистопированного), хирургические способы лечения хр. периодонтита	0,7
h008	Осложнения и заболевания воспалительного характера, требующие вскрытия очага и последующих перевязок	0,7
h009	Заболевания и состояния, требующие малых хирургических вмешательств	0,7

4.8.16 Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа в амбулаторных условиях осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период(ы) в рамках календарного месяца) по тарифу, рассчитанному с учетом количества сеансов за период лечения, и утвержденных Соглашением стоимости сеанса и средней стоимости (тарифа) транспортировки пациента к месту проведения диализа и обратно. Применение двух тарифов (за сеанс и транспортировку) одновременно является обязательным условием предъявления на оплату услуг гемодиализа».

2.6 В пункте 5.3 Тарифного соглашения таблицу с перечнем позиций, оплата которых осуществляется по полному тарифу КСГ независимо от длительности, дополнить следующей строкой:

№ КСГ	Наименование КСГ
st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)

2.7 В пункте 6.3 Тарифного соглашения таблицу с перечнем позиций, оплата которых осуществляется по полному тарифу КСГ независимо от длительности, дополнить следующей строкой:

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)

2.8 В абзаце 2 пункта 7.3.1 исключить слово в скобках «(средний)»;

2.9 Пункт 7.3.2 изложить в новой редакции:

«7.3.2 Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи:

а) Расчет среднего, базового подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи ($C_{\text{ср}}$ и $C_{\text{баз}}$) и коэффициента приведения среднего подушевого норматива к базовому ($K_{\text{прив}}$).

Средний подушевой норматив финансирования утверждается Соглашением не реже одного раза в год и рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{ср}} = (N_{\text{ст смп}} * N_{\text{об смп}} * K_{\text{диф суб РФ}} * Ч_3 - OC_{\text{МТР}}) / Ч_3, \text{ где}$$

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

$N_{\text{об смп}}$ – 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 2021 год;

$OC_{\text{МТР}}$ – 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.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования утверждается настоящим соглашением и рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{прив}} = C_{\text{баз}} / C_{\text{ср}}$$

а) Коэффициенты специфики ($K_{\text{С смп}}$) оказания медицинской помощи ввиду отсутствия необходимости учитывать иные коэффициенты, предусмотренные Методическими рекомендациями, принимают значение средневзвешенных по медицинской организации коэффициентов половозрастных затрат $СКД_{\text{пви}}$ (с учетом половозрастной структуры и половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива ($K_{\text{Д пви}}$))

Половозрастные коэффициенты СМП рассчитываются ТФОМС и утверждаются настоящим Соглашением не реже одного раза в год.

Половозрастные коэффициенты СМП рассчитываются для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о потреблении медицинской помощи за расчетный период не менее квартала (далее – расчетный период) и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета половозрастных коэффициентов СМП все лица, застрахованные в Оренбургской области в расчетном периоде (по состоянию на первое число первого месяца расчетного периода), распределяются на половозрастные группы:

ноль-до года – М/Ж;

один год-четыре года – М/Ж;

пять-семнадцать лет – М/Ж;

восемнадцать-шестьдесят четыре года – М;

восемнадцать- шестьдесят четыре года – Ж;

шестьдесят пять лет и старше – М;

шестьдесят пять лет и старше – Ж;

Далее на основании реестров счетов определяются затраты на оказание скорой медицинской помощи за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц и рассчитывается размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) без учета возраста и пола по формуле:

$$P = B * T / Ч, \text{ где}$$

В – фактическое количество вызовов СМП за расчетный период;

Т – тариф, установленный за вызов СМП и действующий в расчетном периоде;

Ч – численность застрахованных лиц.

По аналогичной формуле рассчитываются затраты на одно застрахованное лицо в рамках каждой половозрастной группы (P_i).

Половозрастные коэффициенты СМП ($КД_{смп\ i}$) рассчитываются для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_{смп\ i} = P_i / P.$$

Средневзвешенный по медицинской организации (с учетом половозрастной структуры и $КД_{пви}$) коэффициент половозрастных затрат ($СКД_{пви}$) рассчитывается по формуле:

$$СКД_{пви} = \sum (КД_{пви} * Ч_{i\ пв}) / Ч_{змо}, \text{ где}$$

$Ч_{i\ пв}$ – численность застрахованных i -той половозрастной группы, обслуживаемых i -той медицинской организацией;

$Ч_{змо}$ – численность застрахованных, обслуживаемых i -той медицинской организацией.

в) Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения скорой медицинской помощи ($ПН_{смп\ i}$) 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 групп медицинских организаций (i) по формуле (с учетом, что $СКД_{пви} = КС_{смп}$):

$$ПН_{смп\ i} = C_{баз\ ССМП} * КС_{смп\ инт}, \text{ где}$$

$КС_{смп\ инт}$ – средневзвешенный интегрированный коэффициент специфики подушевого норматива, определенный для i -той группы медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений коэффициента специфики (с шагом значения коэффициента, равным 0,03).

При этом в случае, если с установленным шагом коэффициента образуется группа, включающая одну медицинскую организацию, эта медицинская организация должна быть включена в группу с ближайшим значением группового коэффициента дифференциации.

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 ($К_{попр}$) по формуле:

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

$Чз$ – численность застрахованного обслуживаемого населения.

С учетом полученного поправочного коэффициента настоящим Соглашением для медицинских организаций утверждаются фактические дифференцированные подушевые нормативы.

2.10 Пункты 8.1-8.4 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«8.1 Средний подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в размере 5 155,03 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 4 665,19 рублей) и базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в размере 2084,33 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 1 886,27 рублей);

8.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования - 0,404329;

8.3 Половозрастные коэффициенты дифференциации ($СКД_{пви}$) и коэффициенты уровня медицинских организаций ($КУ_{мо}$), используемые для расчета коэффициентов специфики; коэффициенты на прикрепившихся лиц с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, устанавливаемого для медицинских организаций и их подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек ($КД_{от}$) в соответствии с приложением 2.1 к настоящему Соглашению.

8.4 Подушевые нормативы финансового обеспечения амбулаторной помощи на 2021 год для МО-балансодержателей с учетом поправочного коэффициента, коэффициентов специфики и коэффициентов, предусмотренных приложением 2.1 настоящего Соглашения, в соответствии с приложением 2.2 к настоящему Соглашению».

2.11 Нумерацию пунктов 8.5-8.16 изменить на 8.6-8.17;

2.12 Дополнить Тарифное соглашение пунктом 8.5 следующего содержания:

«8.5 Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания:

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 095,6 рубля,

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – 2 409,0 рубля,

на 1 посещение с иными целями – 342,0 рубля;

в неотложной форме – 742,0 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания – 1 671,9 рубля, включая нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

компьютерной томографии – 3 746,2 рубля;

магнитно-резонансной томографии – 4 230,8 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 677,9 рубля;

эндоскопического диагностического исследования – 1 376,2 рубля;

молекулярно-биологические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 917,3 рубля;

патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 342,4 рубля;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 645,3 рубля»;

2.13 Пункт 9.2 Тарифного соглашения дополнить абзацами 1 и 2 следующего содержания:

«Средний норматив финансовых затрат на 1 госпитализацию в стационарных условиях – 39 009,40 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 35 302,62 рубля).

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях к базовой ставке – 0,660655».

2.14 Пункт 9.5 изложить в новой редакции:

«9.5 Поправочные коэффициенты для применения тарифов на основе клинико-статистических групп болезней:

- коэффициенты уровня медицинской организации и коэффициенты специфики в соответствии с приложением 3.3 к настоящему Соглашению;

- коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) и условия их

применения в соответствии с приложением 3.4 к настоящему Соглашению.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Расчет суммарного значения КСЛП (КСЛП_{сумм}) выполняются по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_N - 1)».$$

2.15 В пункте 9.6 номер приложения «3.4» заменить на «3.5».

2.16 Пункт 9.7 исключить

2.17 Пункт 9.8 считать пунктом 9.7

2.18 Пункт 10.2 Тарифного соглашения дополнить абзацами 1 и 2 следующего содержания:

«Средний норматив финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров – 27 680,90 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 25 050,59 рубля) .

Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров к базовой ставке – 0,530328».

2.19 Пункт 10.5 изложить в новой редакции:

«10.5 Коэффициенты сложности лечения пациента и условия их применения в соответствии с приложением 5.3 к настоящему Соглашению».

2.20 Пункты 11.1 и 11.2 изложить в новой редакции:

«11.1 Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 846,97 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 766,49 рублей) и базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в размере 825,22 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 746,81 рубля);

11.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования - 0,97432».

2.21 В пунктах 11.4 и 11.5 слова «коэффициенты дифференциации подушевого норматива» заменить на «коэффициенты специфики к подушевому нормативу»;

2.22 Пункт 11.6 считать пунктом 11.7;

2.23 Дополнить Тарифное соглашение пунктом 11.6 следующего содержания:

«11.6 Размер базового норматива финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи – 2 998,3 рубля»;

2.24 В приложении 1 к тарифному соглашению:

- по позиции 136 изменить код и наименование медицинской организации с «560258 ООО "МИБС-Оренбург"» на «560257 ООО "ЛДЦ МИБС"»;

2.25 В приложении 2.1 таблицы 1.1 и 1.2 изложить в новой редакции в соответствии с приложением 1 к настоящему Соглашению.

2.26 Приложение 2.2 изложить в новой редакции в соответствии с приложением 2 к настоящему Соглашению.

2.27 В приложении 2.9 фразу «Коэффициент дифференциации (КДк)» заменить на фразу «Коэффициент специфики (КС ф);

2.28 В приложении 2.10 наименование столбца КДк изменить на КС ф;

2.29 В приложении 2.11 изменить тарифы по разделам «АА Компьютерная томография» и «АВ Магнитно-резонансная томография» и изложить их в новой редакции в соответствии с приложением 3 к настоящему Соглашению.

2.30 В приложении 3.1 изменить и утвердить значения коэффициентов затратоемкости и тарифов по следующим позициям:

Код	Профиль (КПГ) и КСГ	КЗ ксг	Тариф, рублей
st12.016.001	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2 подуровень 1)	2,34	48 244,73
st12.016.002	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2 подуровень 2)	5,25	108 241,39

2.31 В приложении 3.3:

- таблицу 1.1 изложить в новой редакции в соответствии с приложением 4 к настоящему Соглашению;

- наименование таблицы 1.2 изменить с «Управленческие коэффициенты (К упр)» на «Коэффициенты спецификации (КС ксг)»;

- таблицу 1.3 исключить.

2.32 Приложение 3.4 изложить в новой редакции в соответствии с приложением 5 к настоящему Соглашению.

2.33 Приложение 3.5 изложить в новой редакции в соответствии с приложением 6 к настоящему Соглашению.

2.34 В приложениях 5.1 и 5.2:

- слова «управленческие коэффициенты (К упр)» наименованиях заменить на «коэффициенты спецификации (КС ксг)»;

- наименование столбцов «К упр» заменить на «КС ксг»;

2.35 В приложении 6.2:

- в наименовании приложения слова «коэффициенты дифференциации подушевого норматива» заменить на «коэффициенты спецификации к подушевому нормативу»;

- наименование столбца «СКДпв» изменить на «КС смп»;

- в наименовании столбца «№ группы по СКД» исключить слова «по СКД»;

- наименование столбца «СКДинт» изменить на «КС смп инт»;

2.36 В приложении 6.3 в наименовании приложения и наименовании столбца слова «коэффициенты дифференциации подушевого норматива» заменить на «Коэффициенты спецификации к подушевому нормативу»

2.37 В приложении 6.4 изменить тариф по следующим позициям:

- 01004 Вызов СМП с проведением ТЛТ по схеме 4 – с 50 000 рублей на 33 000 рублей;

- 01005 Вызов СМП с проведением ТЛТ по схеме 5 – с 75 000 рублей на 49 500 рублей

- 01006 Вызов СМП с проведением ТЛТ по схеме 4 – с 16 500 рублей на 25 000 рублей;

- 01007 Вызов СМП с проведением ТЛТ по схеме 5 – с 33 000 рублей на 50 000 рублей

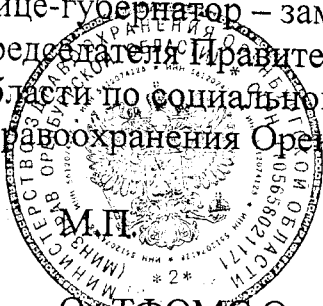
III. Заключительные положения

3.1 Соглашение вступает в силу с 01 марта 2021г., за исключением пунктов 2.30 и 2.37, которые вступают в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2021г.

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):

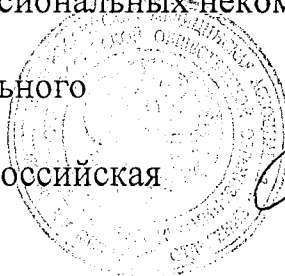
Председатель Оренбургской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



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

М.П.