

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

г. Оренбург

28 февраля 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 28.02.2022г. (протокол №5).

II. Вносимые изменения

2.1 Дополнить пункт 3 Тарифного соглашения понятием:

«Заказанная амбулаторная услуга – случай оказания амбулаторной помощи вне МО-балансодержателя, тарифицированный в Тарифном соглашении в системе обязательного медицинского страхования и оплаченный за счет балансодержателя».

2.2 Подпункт «а» пункта 4.3.2 изменить:

- абзац десятый (формулу) изложить в новой редакции:

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

- дополнить абзацами двенадцатым и тринадцатым следующего содержания:

«ОС_{проф} - общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации);

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

2.3 Подпункт 4.3.2 Тарифного соглашения, под литерой в) изложить в новой редакции:

«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:

$$\text{ПНА}_i = \text{ПН}_{\text{баз}} * \text{СКД}_{\text{пви}} * \text{КУ}_{\text{МО}} * \text{Кдк} * \text{КД}_{\text{от}} * \text{К}_{\text{попр}} * \text{КУ}_{\text{мп/проф}}, \text{ где}$$

СКД_{пви} – средневзвешенный по медицинской организации коэффициент половозрастных затрат;

КУ_{МО} – коэффициент уровня медицинской организации, установленный настоящим Соглашением для групп медицинских организаций;

Кдк – коэффициент, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников;

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;

К_{попр} – поправочный коэффициент;

КУ_{мп/проф} – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации);

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

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

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

$\sum ОС_{\text{ПНФ - проф}}$ – 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:

$$K_{\text{попр}} = (\text{ПН}_{\text{баз}} * Ч_3) / \sum (\text{ПНА}_i * Ч_{3\text{мо}}), \text{ где}$$

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 Подпункт 4.4.2 под литерой а) изменить:

- изложив формулу в новой редакции

$$«С_{\text{гин баз}} = ОС_{\text{гин}} / Ч_3, * 0,95, \text{ где};»;$$

- дополнив абзацем следующего содержания:

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

2.5 Подпункт 4.5.2 под литерой а) изменить:

- изложив формулу в новой редакции

$$«С_{\text{стом баз}} = ОС_{\text{стом}} / Ч_3, * 0,95, \text{ где};»;$$

- дополнив абзацем следующего содержания:

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

2.6 Пункт 4.6 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«4.6 Особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях вне МО-балансодержателя.

В рамках подушевого механизма финансирования амбулаторной помощи реализуется система взаиморасчетов между медицинскими организациями по заказанным услугам.

Заказанная услуга – это случай оказания амбулаторной помощи вне МО-балансодержателя, тарифицированный в Тарифном соглашении в системе ОМС и оплаченный балансодержателем, по его направлению или без направления в установленных ниже случаях.

Без направления балансодержателя и за его счет может быть оплачена медицинская помощь:

а) в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи общетерапевтического профиля:

медицинская помощь по специальности «дерматовенерология»;

катamnестическое наблюдение за детьми с перинатальной патологией;

профилактическая помощь в части осмотра до и после вакцинации в случаях ее проведения по месту работы, нахождения в организованных детских коллективах;

диспансерное (динамическое) наблюдение больных с онкологическими заболеваниями в онкологических диспансерах и в государственных учреждениях здравоохранения 2-го и 3-го уровней, имеющих в структуре специализированные онкологические отделения, в случае отсутствия у МО-балансодержателя специалистов-онкологов.

профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних первого года жизни, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

б) в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи по профилю «акушерство и гинекология» - любая медицинская помощь одноименного профиля в медицинских организациях, имеющих прикрепленное по гинекологическому профилю население;

в) в рамках подушевого финансирования амбулаторной помощи по профилю «стоматология» - медицинская помощь по неотложному поводу в соответствии с Порядком оказания неотложной стоматологической помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Оренбургской области.

Оказание амбулаторной помощи гражданам, осуществившим право выбора (замены) медицинской организации в течение месяца, но учтенным в реестре прикрепленного населения другой медицинской организации на первое число этого месяца, с момента прикрепления не является заказанной услугой и дополнительно медицинской организации нового прикрепления не оплачивается. При обработке ТФОМС сведений об оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях за отчетный период идентификация пациента по месту прикрепления для целей взаиморасчетов по заказанным услугам осуществляется на дату оказания медицинской помощи.

В ситуациях, когда реестр счетов содержит случаи оказания амбулаторной помощи общетерапевтического профиля застрахованному, не

идентифицированному по медицинской организации прикрепления, его оплату осуществляют СМО за счет целевых средств без уменьшения объема финансирования АП какого-либо МО-балансодержателя.

В случаях, когда застрахованный не идентифицирован по медицинской организации прикрепления, но при этом получает плановую амбулаторную (кроме гинекологической и стоматологической) медицинскую помощь в МО-балансодержателе систематически (более двух случаев в текущем году без учета профилактической помощи в части осмотра до и после вакцинации), ТФОМС при проведении МЭК имеет право отклонить третий и последующие случаи оказания этому застрахованному помощи от оплаты, применив код штрафных санкций 1.10.4 в соответствии приказом МЗ РФ от 19.03.2021 г. N 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

2.7 Пункт 4.7 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«4.7 Порядок премирования медицинских организаций – балансодержателей

Источником финансового обеспечения премиальных выплат в рамках реализации подушевого принципа оплаты амбулаторной помощи (по общетерапевтическому профилю, профилям «стоматология», «акушерство и гинекология») является включенная в расчет базового подушевого норматива часть средств в размере 5%.

Расчет финансовых средств на премиальные выплаты МО-балансодержателям (премиальный фонд МО), как и учет их использования, осуществляется в разрезе МО-балансодержателей и профилей оказания амбулаторной помощи.

Оценка работы амбулаторной службы МО-балансодержателей осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2022 г. ежеквартально.

Показатели оценки результативности деятельности медицинской организации и особенности их расчета по профилям оказания медицинской помощи представлены в приложениях 2.16 – 2.18 к настоящему Соглашению.

К оценке принимаются случаи оказания медицинской помощи с учетом результатов медико-экономического контроля».

2.8 Пункты 8.1 и 8.2 изложить в новой редакции:

«8.1 Средний подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи в размере 5 825,06 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 5 271,55 рублей) и 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:

на период с 01.01.2022 по 28.02.2022г. – 2 141,16 рубля (без учета коэффициента дифференциации – 1 937,70 рублей), в том числе за счет межбюджетного трансферта в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 28.01.2022г. №109-р.

на период с 01.03.2022г. – 1 856,38 рублей (без учета коэффициента дифференциации – 1 679,98 рублей).

8.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования:

на период с 01.01.2022 по 28.02.2022г. - 0,36758;

на период с 01.03.2022г. – 0,31869».

2.9 В пункте 8.3 Тарифного соглашения исключить слова «используемые для расчета коэффициентов специфики».

2.10 Пункт 8.5 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«8.5 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования гинекологической помощи на 2022 год без учета средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в размере 563,66 рубля на 1-го человека в год (без учета коэффициента дифференциации – 510,10 рублей).»

2.11 Пункт 8.8 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«8.8 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования стоматологической помощи на 2022 год без учета средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в размере 528,16 рубля на 1-го человека в год (без учета коэффициента дифференциации – 477,97 рубля).»

2.12 В пункте 1.2 приложения 2.1 Тарифного по позиции «МО уровень 2 подуровень 2» значение с «1,47» изменить на «1,33».

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

2.14 Приложение 2.4 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 2 к настоящему Соглашению.

2.15 Приложение 2.6 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции в соответствии с приложением 3 к настоящему Соглашению.

2.16 Внести изменения в приложение 2.11 Тарифного соглашения:

- в пункте 1.1 по позиции «d011» наименование КСГ «Профилактический приём (осмотр) дети» изменить на «Профилактический приём (осмотр) дети или посещение по другим обстоятельствам»;

- в пункте 1.2 по позиции «t009» наименование КСГ «Профилактический приём (осмотр, консультация)» изменить на «Профилактический приём (осмотр, консультация) или посещение по другим обстоятельствам»;

- в пункте 1.4 по позиции «o008» наименование КСГ «Коррекция и/или активация двухчелюстного ортодонтического аппарата» изменить на «Коррекция

и/или активация ортодонтического аппарата на две челюсти или двухчелюстного ортодонтического аппарата».

2.17 В приложении 2.14 к тарифному соглашению по позиции «Определение РНК коронавируса (SARS-cov-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР» изменить код исследования A26.08.901 на коды A26.08.027.001, A26.08.046.001.

2.18 Приложение 2.16 Тарифного соглашения изложить в новой редакции в соответствии с приложением 4 к настоящему Соглашению.

2.19 Приложение 2.17 Тарифного соглашения изложить в новой редакции в соответствии с приложением 5 к настоящему Соглашению.

2.20 Приложение 2.18 Тарифного соглашения изложить в новой редакции в соответствии с приложением 6 к настоящему Соглашению.

2.21 В приложении 3.5 по позиции 560001 ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница»:

- по столбцу «Уровень 2 подуровень 1» перечень в скобках дополнить словом «, эндокринологического»;
- столбец «Уровень 3 подуровень 1» дополнить строкой с текстом «эндокринологическое»

III. Заключительные положения

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

- по п. 2.2-2.5, 2.7-2.11, 2.13-2.15, 2.18-2.20 – с 01.01.2022г.
- по п.2.8 и 2.12 – с 01.01.2022 г по 28.02.2022 г.
- по п.2.1, 2.6, 2.16, 2.17 и 2.21 – с 01.03.2022 г.

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

М.П.



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.



С.В. Гречихина

От Страховых медицинских организаций:

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



Т.В. Малая