

Дополнительное соглашение № 3
к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по
обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области
от 30.12.2021г.

г. Иркутск

«28» февраля 2022г.

Данилова Анна Николаевна – первый заместитель министра здравоохранения Иркутской области;

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области;

Сосова Кристина Вилорьевна - полномочный представитель Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Иркутской области, директор Иркутского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гайдаров Гайдар Мамедович - Председатель Общественной организации «Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области»;

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые «Стороны», на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 30 декабря 2021 года (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

Внести в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 30.12.2021 года (в редакции Дополнительных соглашений № 1 от 31.01.2022г., № 2 от 21.02.2022г.) (далее - Тарифное соглашение) следующие изменения:

1. Пункт 3 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 3. В рамках подушевого норматива финансируется первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторных условиях прикрепившимся застрахованным лицам. Единицей объема медицинской помощи является медицинская услуга, посещение, обращение.

Подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность поликлиники, а также внешние консультации и обследования (исследования), оказанные в амбулаторных условиях в других медицинских организациях застрахованным лицам, а также средства,

направляемые на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Доля стимулирующей части базового подушевого норматива ($D_{сч}$), за выполнение показателей результативности деятельности, - 0,05.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки установлены Приложением № 30.

2. Абзацы 3 - 8 пункта 6 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left(\frac{ОС_{ПНФ-проф}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез), \text{ где:}$$

$ПН_{БАЗ}$ базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей;

$ОС_{ПНФ-проф}$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), рублей;

$Рез$ доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;

$КД$ единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.»;

3. Абзацы 1, 2 пункта 9 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 9. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается

поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ-проф} \times (1 - Рез)}{\sum i(ДП_N^i \times Ч_3^i)} \gg$$

4. Пункт 1 Главы 5 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), приведен в Приложении № 29 к Тарифному соглашению.

Доля стимулирующей части базового подушевого норматива, за выполнение показателей результативности деятельности - 0,05.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки установлены Приложением № 30.

Подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность медицинской организации, а также внешние консультации и обследования (исследования), оказанные в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара в других медицинских организациях застрахованным лицам, а также средства, направляемые на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Указанный подушевой норматив (ПН) финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для каждой (i-й) медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.».

5. Пункт 7 Главы 2 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 7. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ (ССкcg/кc), за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов (Приложение №33) определяется по следующей формуле:

$$ССкcg/кc = БС \times КД \times (КЗкcg/кc \times КСкcg/кc \times КУСмо/кc + КСЛП), \text{ где:}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей;

КЗ ксг/кс - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

КС_{КСГ/кс} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУС_{МО/кс} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)»;

6. Пункт 8 Главы 2 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 8. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов (Приложение № 33) определяется по следующей формуле:

$$СС_{ксг/кс} = БС \times КЗ \times ((1 - ДЗП) + ДЗП \times КС_{ксг} \times КУС_{мо} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП,$$
 где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ДЗП - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в приложении № 33 к Тарифному соглашению;

КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)»;

7. Пункт 11 Главы 2 Раздела 3 Тарифного соглашения исключить.

8. Пункт 7 Главы 3 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 7. Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре по КСГ (СС_{ксг/дс}), за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов определяется по следующей формуле:

$$СС_{ксг/кс} = БС \times КД \times (КЗ_{ксг/кс} \times КС_{ксг/дс} \times КУС_{мо/дс} + КСЛП),$$
 где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей;

КЗ ксг/кс - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой

отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

КСкsg/дс) коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо/дс коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП);

9. Пункт 8 Главы 3 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

« 8. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов (Приложение № 34) определяется по следующей формуле:

$$ССкsg/кс = БС \times КЗ \times ((1 - ДЗП) + ДЗП \times КСкsg \times КУСмо \times КД) + БС \times КД \times КСЛП,$$
 где:

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ДЗП - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установлена в приложении № 33 к Тарифному соглашению;

КСкsg коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД - коэффициент дифференциации;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП);

10. Пункт 11 Главы 3 Раздела 3 Тарифного соглашения исключить.

11. Пункт 1 Главы 5 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«1. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, составляет 706,93 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц».

12. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 1 к настоящему Дополнительному соглашению).

13. Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 2 к настоящему Дополнительному соглашению).

14. Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 3 к настоящему Дополнительному соглашению).

15. Приложение № 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения к Тарифному соглашению изложить в новой редакции» (приложение № 4 к настоящему Дополнительному соглашению).

16. Приложение № 13 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 5 к настоящему Дополнительному соглашению).

17. Приложение № 19 «Коэффициенты подуровня для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 6 к настоящему Дополнительному соглашению).

18. Приложение № 26 «Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 7 к настоящему Дополнительному соглашению).

19. Приложение № 28 «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 8 к настоящему Дополнительному соглашению).

20. Приложение № 29 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц (включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 9 к настоящему Дополнительному соглашению).

21. Приложение № 30 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, оплата которой производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 10 к настоящему Дополнительному соглашению).

22. Приложение № 31 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 11 к настоящему Дополнительному соглашению).

23. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения при оплате медицинской помощи, оказанной с 1 февраля 2022 года, за исключением пункта 21 настоящего Дополнительного соглашения, действие которого распространяется на правоотношения при оплате медицинской помощи, оказанной с 1 января 2022 года.

24. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в пяти

экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН


_____ А.Н. Данилова


_____ К.В. Сосова


_____ Г.М. Гайдаров


_____ Е.В. Градобоев


_____ С.В. Никифорова