

Дополнительное соглашение № 1
к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 29.12.2023г.

г. Иркутск

«31» января 2024 г.

Шелехов Алексей Владимирович – исполняющий обязанности 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 29 декабря 2023 года (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

Внести в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 29.12.2023 года (далее - Тарифное соглашение) следующие изменения:

1. Пункт 9 Главы 1 Раздела 2 считать утратившим силу.
2. Главу 1 Раздела 2 дополнить пунктом 13.1. следующего содержания:
« 13.1. Оплата проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения осуществляется в пределах годового объема предоставления медицинской помощи ее финансового обеспечения, установленного решением Комиссии, без учета расчетного ежемесячного планового объема предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения».
3. Абзац 3 пункта 2 Главы 2 Раздела 2 изложить в новой редакции:
« 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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 23 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.»

4. Пункт 11 Главы 2 Раздела 2 изложить в новой редакции:

« 11. «Оказание медицинской помощи больным с гепатитом С в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями и критериями оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в стационарных условиях (за исключением лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со статьей 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.»

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

« за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе высокотехнологичной медицинской помощи); 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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 24 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе высокотехнологичной медицинской помощи).»

6. Пункт 10 Главы 3 Раздела 2 изложить в новой редакции:

« 10. Оказание медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями и критериями оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара (за исключением лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со статьей 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.»

7. Абзацы 17, 18, 19, 20, 21, 22 Пункта 4.1 Главы 4 Раздела 2 считать утратившими силу.

8. Пункт 5 Главы 4 Раздела 2 изложить в новой редакции:

« 5. Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов, по следующей формуле:

$$\text{ФОсмп} = \text{ДПнi} \times \text{Чзпр} + \text{ОСв}, \text{ где:}$$

ФОсмп размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

Чзпр численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.»

9. Абзацы 11, 12, 13, 14 Пункта 2 Главы 5 Раздела 2 считать утратившими силу.

10. Пункт 7.4. Главы 2 Раздела 3 изложить в новой редакции:

« 7.4. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусматривается «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной и социальной политики» равен 1.»

11. Пункт 7.4. Главы 3 Раздела 3 изложить в новой редакции:

« 7.4. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусматривается «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной и социальной политики» равен 1.»

12. Пункт 10 Главы 3 Раздела 3 дополнить подпунктом 9 следующего содержания:
« 9. случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016 – ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком».
13. Пункт 2 Главы 4 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:
«2. Размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой (оказанной) вне медицинской организации, исключающего влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, составляет 83,54 руб. на 1 застрахованное лицо в месяц.»
14. 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 844,53 рубля на 1 застрахованное лицо в месяц.»
15. Пункт 8 Главы 6 Раздела 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции:
«8. Расходование средств ОМС на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, разрешенных к использованию в соответствии с законодательством Российской Федерации, в целях обеспечения нужд медицинской организации для выполнения Территориальной программы ОМС производится при отсутствии:
- у медицинской организации, не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования;
- неисполненных требований о возврате нецелевого использования средств ОМС по результатам проверок, проводимых ТФОМС Иркутской области.
- При приобретении основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу необходимо руководствоваться ОК 013-2014.»
16. Подпункт 9.2. пункта 9 Главы 6 Раздела 3 считать утратившим силу.
17. 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).
18. 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).

19. Приложение № 4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 3 к настоящему Дополнительному соглашению).
20. Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 4 к настоящему Дополнительному соглашению).
21. Приложение № 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 5 к настоящему Дополнительному соглашению).
22. Приложение № 11 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 6 к настоящему Дополнительному соглашению).
23. Приложение № 12 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 7 к настоящему Дополнительному соглашению).
24. Приложение № 13 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 8 к настоящему Дополнительному соглашению).
25. Приложение № 14 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 9 к настоящему Дополнительному соглашению).
26. Приложение № 15 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 10 к настоящему Дополнительному соглашению).
27. Приложение № 23 «Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 11 к настоящему Дополнительному соглашению).

28. Приложение № 25 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 12 к настоящему Дополнительному соглашению).

29. Приложение № 27 «Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 13 к настоящему Дополнительному соглашению).

30. Приложение № 28 «Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 14 к настоящему Дополнительному соглашению).

31. 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 № 15 к настоящему Дополнительному соглашению).

32. Приложение № 31 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 16 к настоящему Дополнительному соглашению).

33. Приложение № 32 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 17 к настоящему Дополнительному соглашению).


34. Приложение № 33 «Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 18 к настоящему Дополнительному соглашению).


35. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения при оплате медицинской помощи, оказанной с 1 января 2024 года.

36. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в пяти экземплярах,

имеющих одинаковую юридическую силу, по одному каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН


_____ А.В. Шелехов


_____ К.В. Сосова


_____ Г.М. Гайдаров


_____ Е.В. Градобоев


_____ С.В. Никифорова