

**Дополнительное соглашение № 1
о внесении изменений в Тарифное соглашение
на медицинскую помощь в системе
обязательного медицинского страхования
Забайкальского края на 2024 год**

г. Чита

19 марта 2024 года

Мы, нижеподписавшиеся:

Ванчикова Аягма Гармаевна – заместитель Губернатора Забайкальского края, председатель Комиссии;

Чабан Сергей Николаевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края;

Петина Оксана Николаевна - заместитель председателя первичной организации профсоюза государственного учреждения здравоохранения «Клинический медицинский центр г. Читы»;

Шаповалов Константин Геннадьевич - заместитель ректора ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (проректор по дополнительному профессиональному образованию), вице-президент «Ассоциации анестезиологов-реаниматологов»;

Шелехова Наталья Владимировна - генеральный директор ГК «Забайкалмедстрах»,

решили внести следующие изменения в Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2024 год (далее - Тарифное соглашение):

1. Пункт 2.4. раздела II. «Способы оплаты медицинской помощи» дополнить абзацем следующего содержания:
« - средства на оплату диспансеризации и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме».

2. Пункт 2.9. раздела II. «Способы оплаты медицинской помощи» дополнить абзацем следующего содержания:
« - комплексное посещение школы сахарного диабета (коды услуг 628001, 628002, 628003).».

3. В пункте 2.12. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения внести следующие изменения:

3.1. заменить абзац:

«Оплата первого этапа диспансеризации детского и взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки

репродуктивного здоровья женщин и мужчин, осуществляется за комплексное посещение в пределах согласованных объемов.».

абзацем следующего содержания:

«Оплата первого этапа диспансеризации детского и взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, осуществляется за комплексное посещение в пределах согласованных объемов.».

3.2. заменить абзац:

«Оплата второго этапа диспансеризации детского и взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, осуществляется за фактически выполненное количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.».

абзацем следующего содержания:

«Оплата второго этапа диспансеризации детского и взрослого населения, в том числе углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, осуществляется за фактически выполненное количество оказанных услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением, в пределах согласованных объемов.».

4. Пункт 2.22. раздела II. «Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара» Тарифного соглашения дополнить абзацем следующего содержания:

«Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в Территориальную программу, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.».

5. В пункте 3.7. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения заменить абзац:

«Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет 2454,20 рублей.

Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключяющего влияние коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в ФП/ФАПах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерного наблюдения застрахованных лиц, а также стимулирующих выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, произведен в соответствии Методическими рекомендациями по следующей формуле:

$$ПН_{баз} = \left(\frac{ОС_{пнф}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез)$$

где:

ПН_{баз} базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

ОС_{пнф} объем средств на оплату медицинской помощи ПНФ по подушевому нормативу финансирования, рублей;

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

КД единый коэффициент дифференциации для Забайкальского края, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.».

абзацем следующего содержания:

«Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет 2464,72 рублей.

Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключяющего влияние коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в ФП/ФАПах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и диспансерного наблюдения застрахованных лиц, а также стимулирующих

выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, произведен в соответствии Методическими рекомендациями по следующей формуле:

$$ПНБаз = \frac{ОСПФ - ОСрд}{Чз * СКДот * СКДпв * КД}$$

где:

$ПНБаз$ Базовый (средний) подушевой норматив финансирования наприкрепившихся лиц, рублей;

$ОСПФ$ объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОСрд$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей;

$СКДот$ значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента 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;

$СКДпв$ значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

$КД$ единый коэффициент дифференциации для Забайкальского края, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Параметр $СКДот$ используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКДот = \frac{\sum (КД^i \times Ч^i)}{\sum (Ч^i)}$$

где:

значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской

$KD_{от}^i$

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, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации в соответствии с пунктом 2.5 настоящего раздела рекомендаций;

χ_{zi}

численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

По аналогичной формуле рассчитывается значение $СКD_{лв}^{..}$.

6. В пункт 3.19. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения внести следующие изменения:

6.1. заменить абзац:

«- КСГds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3), для которого коэффициент специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара применяется в размере, равном 0,719367.».

абзацем следующего содержания:

«- КСГds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3), для которого коэффициент специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара применяется в размере, равном 0,8.».

6.2. заменить абзац:

«Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара при расчете стоимости случая лечения принимается равным 0.».

абзацем следующего содержания:

«Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара при расчете стоимости случая лечения принимается равным 0, за исключением случаев, указанных в пункте 13 Приложении № 6 к Тарифному соглашению «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями».».

7. Пункт 3.20. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения дополнить абзацами следующего содержания:

«Возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-

анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам для проведения междучрежденческих взаиморасчетов в соответствии с Приложением № 2 к Тарифному соглашению.».

8. Заменить в Приложении № 2 к Тарифному соглашению «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края» строку:

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование	Стоимость услуги, руб.
609150	A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови	896,39

».

« строкой следующего содержания:

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование	Стоимость услуги, руб.
609150	A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови	592,37

».

9. Дополнить раздел 2.14. «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края» Приложения № 2 к Тарифному соглашению строками следующего содержания:

«

Код услуги	Наименование	Стоимость услуги, руб.
607281	Маммография с использованием искусственного интеллекта	489,53
607282	Маммография в двух проекциях двух молочных желез с использованием искусственного интеллекта	779,33

».

10. Приложение № 2 к Тарифному соглашению «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Забайкальского края» дополнить разделом следующего содержания:

«2.23. Тариф на оплату патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинской организации

Код услуги	Код услуги по НМУ	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.
608142	A08.30.019	Патолого-анатомическое вскрытие	8 692,32

».

11. Изложить в новой редакции приложение № 5 к Тарифному соглашению «Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях».

12. Изложить в новой редакции приложение № 10 к Тарифному соглашению «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и размер дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц».

13. Изложить в новой редакции приложение № 11 к Тарифному соглашению «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и размер их финансового обеспечения в 2024 году».

14. Изложить в новой редакции приложение № 13 к Тарифному соглашению «Коэффициенты дифференциации оказания скорой медицинской помощи и размер фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи».

15. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения с 1 марта 2024 года, за исключением пункта 2, подпункта 6.1. пункта 6 – с 1 января 2024 года.

ПОДПИСИ СТОРОН:



А. Г. Ванчикова



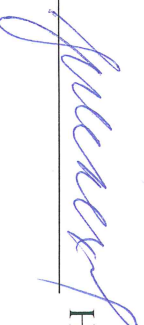
С.Н. Чабан



О.Н. Петина



К.Г. Шаповалов



Н.В. Шелехова