

**Комиссия по разработке территориальной программы обязательного
медицинского страхования Чукотского автономного округа**

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

17.05.2023г.

г. Анадырь

Присутствовали:

Председатель комиссии: Дроздова Е.А.

Секретарь комиссии Константиненко А.В.

Члены комиссии:

Вегера С.А.

Левченко Т.А.

Солодовник Н.М.

Рискин Е.В.

Повестка дня.

1. «О внесении изменений в Тарифное соглашение № 1 на 2023 год».

1. Слушали:

Рискин Е.В., который представил на рассмотрение членам комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Чукотского автономного округа проект внесения изменений в Тарифное соглашение № 1 на 2023 год.

Изменение Тарифного соглашения № 1 на 2023 год связано с необходимостью устранения замечаний в части приведения Тарифного соглашения в соответствие с базовой программой обязательного медицинского страхования, на основании письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования от Федерального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с письмом от 06.03.2023 № 00-10-26-1-06/3198.; а также на основании обращений ГБУЗ «Чукотская окружная больница» по изменению перечня услуг для лиц в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.12.2018 года № 1563 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении, медицинской помощи и обеспечения их санаторно-курортным лечением» и дорогостоящих медицинских услуг оказываемых в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чукотском автономном округе.

РЕШИЛА:

внести в Тарифное соглашение № 1 на 2023 год следующие изменения:

2. В пункте 1.1. слова «коэффициент уровня оказания медицинской помощи» заменить словами «коэффициент уровня медицинской организации»;

3. В пункте 2.1.1.:

Подпункт а) изложить в следующей редакции:

«а) в части базовой программы обязательного медицинского страхования:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).»;

Абзац девятнадцатый изложить в следующей редакции:

«Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий.»;

Абзац двадцатый после слов «расходы по тестированию на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);» изложить в следующей редакции:

«- расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходы по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- расходы на оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- расходы по оплате медицинской помощи в части ведения школ для больных сахарным диабетом.»;

3. Абзац второй и третий пункта 2.1.2. изложить в следующей редакции:

«за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения/филиала 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, летального исхода, 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 № 5, Программы государственных гарантий РФ, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.»

4. В пункте 2.1.2.1.:

абзац второй пункта дополнить следующими словами:

«9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий РФ и приложением 6 к Методическим рекомендациям ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ (далее – Группировщик (приложение 6 и 7)).»;

Слова по тексту «являющихся приложениями 8 и 9 к Методическим рекомендациям ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ» исключить;

5. Текст начиная с абзаца второго пункта 2.1.2.2. изложить в следующей редакции:

«Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения / филиала медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.1.2.1 основаниям;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.»;

6. Абзац второй и третий пункта 2.1.3. изложить в следующей редакции:

«за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения /филиала 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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Программы государственных гарантий РФ, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);»;

7. В пункте 2.1.3.1. слова по тексту «являющихся приложениями 8 и 9 к Методическим рекомендациям ФФОМС и Министерства здравоохранения РФ» исключить;

8. В пункте 2.1.3.2. слова по тексту «10. Проведение диализа.» исключить;

9. Пункт 3.18. изложить в следующей редакции:

«1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 3 803, 19 рублей;

2) размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – 939,06 рублей;

3) размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» - 3 803,19 рублей;

4) коэффициент половозрастного состава для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» установлен в размере – 1,0;

5) коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» установлен в размере – 1,0;

6) коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для ГБУЗ «Чукотская окружная больница» установлен в размере – 1,0.»;

10. Пункт 3.19. изложить в следующей редакции:

«3.19. Единые значения половозрастных коэффициентов дифференциации по половозрастным группам, применяемые для расчета коэффициента половозрастного состава, установлены Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению.»;

11. В пункт 3.20.:

подпункт 2) изложить в следующей редакции:

«2) коэффициенты (Приложение № 15):

- коэффициенты 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;

- коэффициенты половозрастного состава;

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций;

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации;

- поправочный коэффициент, в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования;

- фактический дифференцированный подушевой норматив.»;

Подпункт 3) изложить в следующей редакции:

«3) размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования- Приложение № 16.»;

12. В приложении 23:

для группы ВПМ № 7 Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи значение «240 824» заменить на значение «240 885»;

для группы ВПМ № 9 Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи значение «3 388 903» заменить на значение «3 388 902»;

для группы ВПМ № 24 Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи значение «522 495» заменить на значение «522 494»;

для группы ВПМ № 30 Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи значение «179 015,4» заменить на значение «179 015»;

для группы ВПМ № 58 Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи значение «314 966,4» заменить на значение «314 966»;

13. Приложения 3.1,3.2,3.3,3.4,4.1,4.2,5,6,12,15,16,18,20,22,24,25,28,29 изложить в новой редакции, согласно приложениям 1,2,2.1,2.2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16 к настоящему решению.

Дополнить приложением 30 согласно приложением 17 к настоящему решению.

14. Настоящее решение распространяется на правоотношения, возникшие с 01 июня 2023 года, и действует до 31 декабря 2023 года включительно.

Голосовали:

«За» - единогласно

Решение № 04-2023 принято.

Исполняющий обязанности Заместителя
Губернатора – Председателя Правительства,
начальника Департамента здравоохранения
Чукотского автономного округа



Дроздова Е.А.

Заместитель начальника Управления, начальник
отдела бухгалтерского учёта и отчётности
Финансово-экономического управления
Департамента здравоохранения Чукотского
автономного округа



Левченко Т.А.

Директор Чукотского территориального фонда
обязательного медицинского страхования



Рискин Е.В.

Советник планово-экономического отдела
Чукотского территориального фонда
обязательного медицинского страхования



Константиненко А.В.

Директор Чукотского филиала АО «Страховая
компания «СОГАЗ-Мед»



Вегера С.А.

Руководитель направления Группы экспертизы
и защиты прав застрахованных АО «Страховая
компания «СОГАЗ-Мед»



Солодовник Н.М.