**Выписка из протокола**

**заседания № 3**

**Комиссии**

**по разработке территориальной программы**

**обязательного медицинского страхования Калининградской области**

Дата: 19 марта 2021 года

Время: 12.00

Место проведения: г. Калининград, Московский проспект, д. 174 (конференц-зал ТФОМС)

Всего членов Комиссии – 18 человек

**Присутствовало** членов Комиссии – 14 человек:

**Кравченко А.Ю.** – министр здравоохранения Калининградской области, председатель Комиссии;

**Семенова Е.И.** – заместитель министра здравоохранения Калининградской области;

**Демина Т.В.** – директор ТФОМС Калининградской области;

**Будина И.В.** – заместитель директора ТФОМС Калининградской области;

**Новикова С.А. –**начальник отдела мониторинга и экономического анализа реализации территориальной программы ОМС ТФОМС Калининградской области;

**Орлова Е.В.** – заместитель председателя Калининградского областного объединения организаций профсоюзов;

**Сергутко И.Л. –** председатель Калининградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

**Дивакова Л.В. –** директор Калининградского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед».

**Рудь Л.А.** – заместитель председателя Калининградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

**Волков Е.Б.** – главный врач Государственного автономного учреждения здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника Калининградской области»;

**Литвиненко С.Н.** - главный врач ГБУЗ Калининградской области «Центральная городская клиническая больница»;

**Маляров А. М.** – член Совета региональной общественной организации «Врачебная палата Калининградской области», главный врач ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области»;

**Краснова О. Г.** – председатель региональной общественной организации «Врачебная палата Калининградской области», главный врач ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области больница»;

**Грицкевич О.А.** – Член региональной общественной организации «Врачебная палата Калининградской области», главный врач ГАУ Калининградской области «Региональный перинатальный центр».

**Отсутствовало** по уважительным причинам членов Комиссии – 4 человека:

**Баринов И.А.** – Заместитель Председателя Правительства Калининградской области;

**Тугушев О.К.** – директор филиала ООО «Капитал МС» в Калининградской области;

**Алекберова М.В.** – заместитель директора Калининградского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;

**Герцог О.Б.** – главный врач ГБУЗ Калининградской области «Гусевская центральная районная больница».

**секретарь Комиссии** **– С.А. Новикова -** начальник отдела мониторинга и экономического анализа реализации территориальной программы ОМС ТФОМС Калининградской области.

**Перечень сокращений и терминов:**

|  |  |
| --- | --- |
| Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Калининградской области | Комиссия |
| Тарифное соглашение в системе ОМС Калининградской области на 2020 год | Тарифное соглашение |
| Объемы медицинской помощи | ОМП |
| Высокотехнологичная медицинская помощь | ВМП |
| Территориальная Программа обязательного медицинского страхования | территориальная Программа ОМС |

**Повестка дня**

1. **Внесение изменений и дополнений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области   
на 2021 год.**

Докладчик – Будина И.В. – заместитель директора ТФОМС.

2. **Обращения медицинских организаций по вопросу изменения   
и перераспределения объемов медицинской помощи, установленных Комиссией.**

Докладчик: Новикова С.А. – начальник отдела мониторинга ТФОМС.

**Перечень вопросов с решениями Комиссии:**

**1. Внесение изменений и дополнений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области   
на 2021 год:**

**Внесение дополнений в текст Тарифного соглашения следующего содержания:**

* 1. Раздел II «Способы оплаты медицинской помощи», главу 6 «Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», дополнить пунктом 6.4 следующего содержания: «оказание медицинской помощи с применением **телемедицинских технологий** в амбулаторных условиях **включено в подушевой норматив финансирования** амбулаторной медицинской помощи».

**Пояснение:**

Рекомендации Федерального фонда ОМС о включении в текст Тарифного соглашения соответствующих положений из текста «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС» (одобренных решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 29.12.2020 года № 06/11/8) (далее- «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»);

**1.2** в Разделе III «Тарифы на оплату медицинской помощи», главе 2 «Тарифы при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях», пункты 2.2, 2.3, 2.8 изложить в следующей редакции:

пункт 2.2: «**Базовый (средний) подушевой норматив финансирования** на прикрепившихся лиц **рассчитывается** исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА):

ПНА=, где

– средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС;

ОСФАП – объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАПов (Приложение 3.3.3.1 к настоящему Тарифному соглашению), рублей;

ОСИССЛЕД – объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСПО - объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСДИСП - объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы исследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСНЕОТЛ – размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС, рублей;

– численность застрахованного населения, человек.

Подушевой норматив финансирования 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.

ПНА = 3 774,51 рублей (в месяц – 314,54 рубля).

Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами определяется базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи (ПНБАЗ):

ПНБАЗ =-, где

ПНА – базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

– размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи.

ПНА = 3 013,80 рублей (в месяц – 251,15 рублей).

При этим из расчета исключен размер финансовых средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи:

- стоматологическую медицинскую помощь;

- проведение услуг диализа;

- осуществление переноса криоконсервированных эмбрионов».

**Пояснение:**

Рекомендации Федерального фонда ОМС о включении в текст Тарифного соглашения соответствующих положений из текста «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»;

пункт 2.3: **«Коэффициент приведения среднего подушевого** норматива финансирования **к базовому нормативу** финансирования,исключающий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях.

ПРАМБ = , где:

ПРАМБ **–** коэффициент приведения в амбулаторных условиях;

ПНБАЗ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей.

ПРАМБ =0,645407.».

**Пояснение:**

Рекомендации Федерального фонда ОМС о включении в текст Тарифного соглашения соответствующих положений из текста «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»;

пункт 2.8**:** «Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

- посещение с профилактическими и иными целями – 571,60 рублей;

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров -1895,50 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний – 2 180,10 рублей;

- посещение с иными целями – 309,50 рублей;

- посещение в неотложной форме – 671,50 рублей;

обращение по поводу заболевания – 1505,10 рублей, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

компьютерной томографии – 3766,90 рублей;

магнитно-резонансной томографии – 4254,20 рублей;

ультразвукового исследования сердечно сосудистой системы - 681,60 рублей;

эндоскопического диагностического исследования – 937,10 рублей;

молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 9 879,90 рублей;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии -2 119,80 рублей;

тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 584,0 рублей.».

**Пояснение:**

Поступление заключения Федерального фонда ОМС на Тарифное соглашение в системе ОМС Калининградской области на 2021 год.

Рекомендации о включении в текст Тарифного соглашения нормативов из территориальной программы ОМС Калининградской области на 2021 год;

**1.3** в Разделе III «Тарифы на оплату медицинской помощи», глава 3 «Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой в **стационарных условиях**», пункт 3.10 дополнить абзацем следующего содержания:

«Стоимость одного случая **госпитализации** по КСГ для случаев **лекарственной терапии взрослых** со **злокачественными новообразованиями** определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер средней стоимости законченного случая лечения  без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД); |
|  | поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне); |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462»; |

**Пояснение:**

Рекомендации Федерального фонда ОМС о включении в текст Тарифного соглашения соответствующих положений из текста «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»;

* 1. Раздел III «Тарифы на оплату медицинской помощи», глава 4 «Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой **в условиях дневного стационара**», пункт 4.6 дополнить абзацем следующего содержания:

«Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев **лекарственной терапии взрослых** со **злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:**

, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| БС | размер средней стоимости законченного случая лечения  без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей; | |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации | |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД); | |
|  | поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне); | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462» |

**Пояснение:**

Рекомендации Федерального фонда ОМС о включении в текст Тарифного соглашения соответствующих положений из текста «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»;

пункт 4.10 изложить в следующей редакции: «При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках дневного стационара, в случае возникновения (наличия) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования 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 оплачивается в соответствии с п.4.11.Тарифного соглашения.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10 – в случае продолжения лечения в дневном стационаре по профилю «медицинская реабилитация» после окончания лечения по другому профилю оказания медицинской помощи, оказании 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 одного случая лечения госпитализации».

**Пояснение:**

Рекомендации Федерального фонда ОМС о включении в текст Тарифного соглашения соответствующих положений из текста «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»;

* 1. Раздел III «Тарифы на оплату медицинской помощи», глава 5 «Тарифы в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации», пункт 5.5 дополнить абзацем следующего содержания: «Размер базового норматива финансовых затрат за вызов скорой медицинской помощи – 2 713,40 рублей»

Пояснение:

Поступление заключения Федерального фонда ОМС на Тарифное соглашение в системе ОМС Калининградской области на 2021 год

Рекомендации о включении в текст Тарифного соглашения нормативов из территориальной программы ОМС.

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункты 1.1-1.5:**

Внести указанные дополнения в текст Тарифного соглашения с 01.03.2021 года.

**Внесение дополнений и изменений в Приложения к Тарифному соглашению:**

**1.6** в Приложение №3.3.2 «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива на 2021 год» (Приложение 1).

**Пояснение:**

Изменение плана профилактических мероприятий в разрезе медицинских организаций Калининградской области, регламентированный нормативными документами Министерства здравоохранения Калининградской области, что потребовало пересчета коэффициентов дифференциации подушевого норматива.

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.6:**

Утвердить коэффициенты дифференциации подушевого норматива на 2021 год» (Приложение 1) с 01.04.2021 года.

**1.7** в Приложение № 3.3.3 «Дифференцированный подушевой норматив

финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях» (Приложение 2).

**Пояснение:**

Изменение плана профилактических мероприятий в разрезе медицинских организаций Калининградской области, регламентированный нормативными документами Министерства здравоохранения Калининградской области, что привело к изменению размера дифференцированного подушевого норматива.

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.7:**

Утвердить дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях» (Приложение 2) с 01.04.2021 года.

**1.8** в Приложение № 3.3.5 «Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2021 год» (в части видов медицинской помощи, не установленных базовой Программой ОМС) (Приложение 3).

**Пояснение:**

Установление тарифа на оплату медицинской помощи в условиях выездных мобильных комплексов для проведения флюорографических исследований с целью диагностики туберкулеза (в рамках сверх базовой программы ОМС).

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.8:**

Внести дополнение в Приложение № 3.3.5 «Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2021 год» (в части видов медицинской помощи, не установленных базовой Программой ОМС) (Приложение 3) с 01.03.2021 года.

**1.9** в Приложение № 3.3.10 «Тариф стоимости диагностических услуг\*, подлежащих учету при оказании амбулаторной медицинской помощи на 2021 год, в т.ч. включенных в подушевой норматив финансирования» (Приложение 4).

**Пояснение:**

Актуализация тарифа на оплату исследования, проводимого в рамках второго этапа диспансеризации взрослого населения (уровень гликированного гемоглобина).

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.9:**

Внести изменение в Приложение № 3.3.10 «Тариф стоимости диагностических услуг\*, подлежащих учету при оказании амбулаторной медицинской помощи на 2021 год, в т.ч. включенных в подушевой норматив финансирования» (Приложение 4) с 01.03.2021 года.

**1.10** в Приложение № 3.4.1 «Перечень КСГ заболеваний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости и специфики, в рамках базовой Программы ОМС на 2021 год» (Приложение 5).

**Пояснение:**

Установление коэффициентов специфики на перечень КСГ групп заболеваний, не влияющих на уровень смертности населения (коронавирусная инфекция), приведение коэффициента специфики к единице при разгруппировке КСГ ST36.003 на подгруппы с одновременным изменением коэффициента затратоемкости (в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»).

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.10:**

Внести изменения в Приложение № 3.4.1 «Перечень КСГ заболеваний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости и специфики, в рамках базовой Программы ОМС на 2021 год» (Приложение 5) с 01.03.2021 года.

**1.11** в Приложение № 3.4.3 «Перечень КСГ заболеваний, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики (КС повыш.) и понижающие коэффициенты (КС пониж.) в условиях круглосуточного стационара в рамках базовой программы ОМС на 2021 год» (Приложение 6)

**Пояснение:**

Установление положения о неприменении коэффициентов специфики для КСГ группы ST12.001 (в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»).

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.11:**

Внести дополнения в Приложение№ 3.4.3 «Перечень КСГ заболеваний, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики (КС повыш.) и понижающие коэффициенты (КС пониж.) в условиях круглосуточного стационара в рамках базовой программы ОМС на 2021 год» (Приложение 6) с 01.03.2021 года.

**1.12** в Приложение № 3.4.10 «Норматив финансовых затрат на единицу объема оказания медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2021» (Приложение 7).

**Пояснение:**

Внесение показателей о доле заработной платы в структуре групп ВМП, актуализация тарифов в трех группах ВМП (№23,24,25).

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.12:**

Внести дополнения и изменения в Приложение№ 3.4.10 «Норматив финансовых затрат на единицу объема оказания медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2021» (Приложение 7) с 01.03.2021 года.

**1.13** в Приложение № 3.5.3 «Перечень КСГ заболеваний, относящихся к случаям сверхкороткого пребывания пациентов в условиях дневного стационара, оплата которых осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения в рамках базовой программы ОМС на 2021 год» (Приложение 8).

**Пояснение:**

Приведение названия приложения в полное соответствие с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС» (рекомендации ФФОМС).

**Решение Комиссии по первому вопросу, пункт 1.13:**

Внести изменение в Приложение № 3.5.3 «Перечень КСГ заболеваний, относящихся к случаям сверхкороткого пребывания пациентов в условиях дневного стационара, оплата которых осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения в рамках базовой программы ОМС на 2021 год» (Приложение 8) с 01.03.2021 года.

**2. Обращения медицинских организаций по вопросу изменения   
и перераспределения объемов медицинской помощи, установленных Комиссией.**

Докладчик: Новикова С.А. – начальник отдела мониторинга ТФОМС.

**Решение Комиссии по второму вопросу:**

С целью проведения контроля за объемными и финансовыми показателями территориальной Программы ОМС, осуществлять прием реестров за текущий период в соответствии с показателями, установленными на первый квартал 2021 года.

Перенести рассмотрение обращений медицинских организаций по указанному вопросу на следующее заседание Комиссии (после проведения анализа исполнения показателей территориальной программы ОМС за первый квартал 2021 года в разрезе видов, условий и профилей оказания медицинской помощи, а также отдельных диагностических услуг).

секретарь Комиссии С.А. Новикова