

**Дополнительное соглашение № 3
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования
Республики Карелия на 2022 год**

«31» марта 2022 года

г. Петрозаводск

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов Стороны:

Министерство здравоохранения Республики Карелия (далее – Министерство здравоохранения) в лице Министра здравоохранения Республики Карелия М.Е. Охлопкова,

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия» (далее – ГУ ТФОМС РК) в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия А.М. Гравова,

Карельский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед» в лице директора В.А. Пантелеева,

Карельская региональная общественная организация «Общество специалистов по клинической эпидемиологии и фармакоэкономике» в лице президента Н.Н. Везиковой,

Республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице Заместителя председателя М.П. Цаплина,

на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия от 31 марта 2022 года заключили настоящее Дополнительное соглашение №3 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2022 год (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести изменения в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2022 год (вступают в силу с 01 марта 2022 года):

1) изложить абзац 31 пункта 1.7. Тарифного соглашения в следующей редакции:

«Случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС.»

2) изложить абзац 39 пункта 1.7. Тарифного соглашения в следующей редакции:

«Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, с учетом коэффициента приведения.»

3) изложить абзац 40 пункта 1.7. Тарифного соглашения в следующей редакции:

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке). Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ на федеральном уровне (для

стационарных условий и условий дневного стационара) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

4) изложить абзац 41 пункта 1.7. Тарифного соглашения в следующей редакции:

«Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).»

5) изложить абзац 43 пункта 1.7. Тарифного соглашения в следующей редакции:

«Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.»

6) исключить абзац 53 из пункта 1.7. Тарифного соглашения

7) абзац 4 пункта 2.1 изложить в следующей редакции:

«– 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;

8) исключить абзац 8 из пункта 2.1. Тарифного соглашения;

9) абзац 2 пункта 2.2. изложить в следующей редакции:

«– за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);»

10) абзац 3 пункта 2.2. изложить в следующей 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний.»

11) абзац 2 пункта 2.3. изложить в следующей редакции:

– за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

12) пункт 2.5. изложить в следующей редакции:

«2.5 При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на

территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).»

2. Внести изменения в Приложение № 2 «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи» (вступают в силу с 01 марта 2022 года):

1) пункт 6.1. изложить в следующей редакции:

«6.1. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов, обслуживающих менее 100 жителей, определяется с учетом применения понижающего поправочного коэффициента (коэффициента уровня) в размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.»;

2) абзац 3 подпункта 10.3 изложить в следующей редакции:

«3) случаи диспансерного наблюдения пациента, не прикрепленного к МО, за исключением наблюдения, осуществляемого диспансерами, ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» и ГБУЗ РК «Детская республиканская больница» и женскими консультациями при диспансерном наблюдении беременных.»;

3) пункт 17.1. изложить в следующей редакции:

«17.1. Медицинская помощь по реабилитации в амбулаторных условиях оказывается в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации, включающим протоколы реабилитационных мероприятий, и Порядком маршрутизации пациентов, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия, и оплачивается по тарифу за единицу объема - комплексное посещение (цель - обращение по поводу заболевания) в пределах объемов, утвержденных территориальной программой ОМС.»;

4) пункт 17 дополнить новым подпунктом 17.2. следующего содержания:

«17.2. Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение

методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.»;

5) пункт 17.2. считать соответственно пунктом 17.3.

6) дополнить пункт 27 подпунктом 2 следующего содержания:

«27.2. Оплата за услугу в рамках I этапа углубленной диспансеризации (тест с 6 минутной ходьбой, определение концентрации Д - димера в крови у граждан) возможна только при условии выполнения комплексного посещения у данного застрахованного лица.»;

7) Наименование раздела II изложить в следующей редакции:

«II. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинικο-статистическую группу заболеваний)»;

8) пункт 56 изложить в следующей редакции:

«56. В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.»;

9) Наименование раздела VI изложить в следующей редакции:

«VI. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинικο-статистические группы заболеваний)»;

10) пункт 87 изложить в следующей редакции:

«87. Если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.»;

11) раздел IX изложить в следующей редакции:

«103. Оплата медицинской помощи при проведении процедур диализа осуществляется по КСГ согласно **Приложению №11** к настоящему тарифному соглашению.

104. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ или только в сочетании с видом и методом лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, являющейся поводом для госпитализации.

105. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

106. Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты, применяемым дополнительно к оплате случая в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения по всем КСГ.

107. В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

108. Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС, за единицу объема медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью может приниматься

среднее количество услуг диализа, проведенного в условиях дневного стационара в течение одного месяца лечения.

109. При этом в стоимость лечения входит обеспечение пациента всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами для диализа осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

110. В случае невозможности оказать показанную помощь при прохождении диализа в условиях дневного стационара допускается оказание необходимых услуг в амбулаторно-поликлинических условиях по месту прикрепления пациента, или оказания услуг в условиях дневного стационара в другой медицинской организации. При этом случаи одновременного оказания медицинской помощи в рамках проведения медико-экономического контроля от оплаты не отклоняются (АПУ).»;

12). пункт 118 изложить в следующей редакции:

«118. Оплата скорой медицинской помощи (далее – СМП), оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется:

1) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП;

2) за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).»

3. Изложить в новой редакции следующие приложения (вступают в силу с 1 марта 2022 года, за исключением приложения № 23):

Приложение №1 «Перечень медицинских организаций, коэффициенты и уровни»;

Приложение №3 «Коэффициенты уровня медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара»;

Приложение №8 «Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения в 2022 году»;

Приложение №11 «Тарифы на медицинские услуги»;

Приложение № 14 «Рекомендуемый перечень случаев, для которых установлен КСЛП»;

Приложение № 23 «Перечень нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования» (вступает в силу с 12 марта 2022 года).

Подписи сторон:

Министерство здравоохранения

Республики Карелия _____

ГУ ТФОМС РК _____

Карельский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед» _____

Республиканская организация профсоюза
работников здравоохранения _____

КРОО «Общество специалистов по клинической
эпидемиологии и фармакоэкономике» _____



[Handwritten signatures in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]