

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в сфере обязательного медицинского страхования**  
**РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ НА 2022 ГОД**

г. Петрозаводск

«30» декабря 2021 года

Министерство здравоохранения Республики Карелия (далее – Министерство) 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 А.М. Гравова,

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

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

Региональная общественная организация «Карельская ассоциация дерматовенерологов» в лице председателя А.В. Архипова,

заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

**I. Общие положения**

1.1 Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Республики Карелия, в соответствии с:

– Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ);

– Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ);

– постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее - Программа государственных гарантий);

– постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов



Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462);

– постановлением Правительства Республики Карелия от 30.12.2021 № 652-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

– приказом ФФОМС от 29.12.2020 №1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – приказ ФФОМС от 29.12.2020 № 1397н);

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (далее – приказ МЗ и СР РФ от 17.05.2012 № 555н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – приказ МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – приказ МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 №698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке (далее – приказ МЗ РФ от 01.07.2021 №698н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – приказ МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (далее – приказ МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских



осмотров несовершеннолетних» (далее – приказ МЗ РФ от 10.08.2017 № 514н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2015 № 711н «Об утверждении формы направления на медицинское обследование, а также перечня исследований при проведении медицинского обследования и формы заключения о состоянии здоровья ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (далее – приказ МЗ РФ от 13.10.2015 № 711н);

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (далее – приказ МЗСР РФ от 23.03.2012 № 252н);

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ МЗСР РФ от 15.05.2012 № 543н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее - приказ МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н);

– приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также ее финансового обеспечения» (далее – приказ МЗ РФ от 19.03.2021 № 231н);

– «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации);



– Порядками оказания медицинской помощи населению, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

– и иными нормативными правовыми актами.

1.2 Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3 Целями Тарифного соглашения являются:

– создание условий для обеспечения равнодоступности застрахованным в системе ОМС лицам в бесплатном получении качественной медицинской помощи по Программе ОМС с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи;

– обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС в Республике Карелия с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Республик Карелия;

– обеспечение целевого и эффективного использования средств ОМС.

1.4 Положения Тарифного соглашения являются обязательными для всех участников сферы обязательного медицинского страхования Республики Карелия.

1.5 За счет средств ОМС оплачивается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими полученную в установленном порядке лицензию на оказание медицинской помощи, включенными в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (**Приложение № 1**), и заключивших договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1.6 МО ведут отдельный учет:

1). по поступлениям и кассовым расходам в разрезе:

– условий оказания медицинской помощи,

– медицинских услуг (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой



коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов);

– структурных подразделений медицинских организаций.

2). объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи;

3). посещений с профилактической целью (посещения Центра здоровья в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром, разовые посещения по заболеваниям, посещения с иными целями), неотложной медицинской помощи, а также посещений и обращений по поводу заболеваний;

4). вызовов специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи, врачебных общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи, фельдшерских общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи.

#### 1.7 Основные понятия и термины:

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

**Прикрепленное застрахованное лицо** - лицо, застрахованное по ОМС на территории Республики Карелия, и прикрепившееся к медицинской организации в установленном порядке для получения первичной медико-санитарной помощи.

**Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающий в себя предоставление медицинских услуг.

**Первичная медико-санитарная помощь** – вид медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, включающий в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.



Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

**Специализированная медицинская помощь** – вид медицинской помощи, оказываемый врачами-специалистами в стационарных условиях и условиях дневного стационара, включающий в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовый период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

**Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП)** – вид медицинской помощи, являющийся частью специализированной медицинской помощи, который включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

**Скорая, в том числе скорая специализированная** - медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

**Медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

**Медицинское освидетельствование** - совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

**Медицинская организация (МО)** – юридическое лицо (филиал), независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Карелия.



**Страховая медицинская организация (СМО)** – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности, и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Карелия).

**Комиссия по разработке Территориальной программы ОМС** - Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, разрабатывающая проект территориальной программы, осуществляющая распределение и корректировку объемов медицинской помощи, рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения, разрабатывающая и устанавливающая показатели эффективности деятельности медицинских организаций, устанавливающая иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций в соответствии с Правилами ОМС.

**Обслуживаемое население** - застрахованные лица, проживающие на территории обслуживания, в соответствии с паспортами участков и с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности первичной доврачебной, первичной врачебной и неотложной медико-санитарной помощи.

**Прикрепленное население** - застрахованные лица, фактически прикрепившиеся для оказания первичной медико-санитарной помощи к медицинским организациям на территории обслуживания, в том числе воспользовавшиеся правом выбора медицинского учреждения и врача (с его согласия) в соответствии с действующим законодательством.

**Посещение** - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической целью, в том числе однократное посещение в связи с заболеванием, и при оказании медицинской помощи в неотложной форме, с последующей записью в карте амбулаторного больного.

Под посещением в амбулаторных условиях понимается контакт пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей), средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), а также на дому, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Посещение приемного отделения стационара - случай оказания неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара пациенту,



не подлежащему госпитализации, с последующей записью в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф. № 001/у).

Посещения к одному и тому же врачу-специалисту (среднему медицинскому работнику) и/или к врачам-специалистам одной специальности, выполненные пациентом в течение одного дня, учитываются и оплачиваются как одно посещение.

**Дистанционное взаимодействие или телемедицинская консультация** – консультация врачом-специалистом/консилиумом, осуществляемая по электронным каналам связи с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий для передачи информации о состоянии здоровья пациента, видеоизображения данных инструментального, лабораторного, лучевого обследований. Возможно проведение ТМК с приглашением пациента, а также в режиме врач-пациент.

**Обращение по поводу заболевания** - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (несчастливого случая, травмы, отравления или иного состояния) врачей одной специальности или медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

Под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар, летальный исход. В объем медицинских услуг входит обследование (физикальное, лабораторное, функциональное, ультразвуковое, эндоскопическое, рентгенологическое и т. д.) и лечение. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений, а также консультаций специалистов, выполненных в рамках одного страхового случая.

**Обращение по поводу проведения диспансерного наблюдения** – законченный случай медицинской помощи по поводу диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных острых заболеваний, состояний, в том числе травм и отравлений. Единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

**Неотложная медицинская помощь** - медицинская помощь, оказанная гражданам вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

**Условная единица трудоемкости (УЕТ)** – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на



выполнение объема работы врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме;

**Законченный случай лечения в стационаре или дневном стационаре** – случай оказания медицинской помощи по основному заболеванию в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи с предоставлением лечебно-диагностических и консультативных услуг врачей-специалистов при наличии сопутствующего заболевания и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия (выписки, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

**Законченный случай лечения** - совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в медицинской организации в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписки, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

**Прерванный случай лечения** - 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 круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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.

**Случай госпитализации** - случай 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.

**Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных



по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

**Стандарт медицинской помощи** – формализованный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к оказанию медицинской помощи при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации, разрабатывается для заболевания(й) или состояния(й) в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения.

**Протокол ведения больных** – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или определенной клинической ситуацией.

**Клинические рекомендации** – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

**Качество медицинской помощи** – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

**Тарифы на оплату медицинской помощи** - денежные суммы, определяющие уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС, как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия.

**Подушевой норматив финансирования** - размер финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, предназначенных для оплаты первичной доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

**Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (средняя стоимость законченного случая лечения).



**Коэффициент относительной затратоемкости** – устанавливаемый Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинко-статистической группы 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.

**Коэффициент дифференциации** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий.

**Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов.

**Коэффициент специфики** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе.

**Коэффициент уровня медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

**Коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

**Половозрастные коэффициенты дифференциации** - устанавливаемые на территориальном уровне коэффициенты, позволяющие учесть различия в потреблении медицинской помощи по полу и возрасту.

**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** -



устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть расходы на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий.

**Коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть площадь территории муниципального района, городского округа и численность населения.

**Коэффициент дифференциации, учитывающий радиус территории обслуживания** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть радиус территории обслуживания.

**Коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы** медицинских работников, установленных «дорожными картами» - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников к показателям «дорожной карты».

**Оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

**Оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н.

**Реестр счетов на оплату медицинской помощи** - реестр персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной им медицинской помощи на основании данных медицинской документации, формируемый в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере ОМС медицинской организацией, представляется в ГУ ТФОМС РК и СМО в порядке и в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и настоящим Тарифным соглашением.

**Направление** - документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255, в том числе в электронном виде в медицинской информационной системе, и выдаваемый гражданину с целью получения им медицинской помощи.

**Направление на госпитализацию** - документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в электронном виде, имеющий уникальный номер в медицинской информационной системе, и выдаваемый гражданину в бумажном виде с целью получения им медицинской помощи в условиях круглосуточного и/или дневного стационара.



### **Порядок оплаты медицинской помощи.**

1.8 Оплата медицинской помощи, оказываемой МО гражданам, застрахованным по ОМС в Республике Карелия, осуществляется в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС:

- на основании предоставленных МО реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС;

- по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Республики Карелия (далее - тарифы) и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением;

- с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

1.9. Оплата медицинской помощи производится в пределах объемов медицинской помощи, соответствующих финансовых планов, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС на текущий год и с учетом расчетного среднемесячного плана, результатов проведения медико-экономического контроля:

- в разрезе целей посещения, условий оказания медицинской помощи;
- по отдельным группам диагностических (лабораторных) исследований;
- по услугам диализа в целом вне зависимости от условия оказания медицинской помощи.

1.10 Оплата объемов медицинской помощи, предоставленных сверх объемов медицинской помощи и финансов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, не является обязательством сферы ОМС.

1.11 Комиссией по разработке территориальной программы ОМС вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в том числе применяемые при межучрежденческих расчетах и межтерриториальных расчетах.

1.12 При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам амбулаторной медицинской помощи в МО, включенных в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, в полном объеме и на условиях, определенных Территориальной программой ОМС, в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи (отсутствие врача-специалиста, за исключением централизованных приемов врачей-специалистов), МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО по направлениям.

1.13 При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу в реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке



включаются все единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с указанием размеров установленных тарифов.

1.14 Расчеты между МО, включенными в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, осуществляются по тарифам, установленным Тарифным соглашением, в рамках межучрежденческих расчетов.

1.15 При отсутствии возможности проведения тех или иных лечебно-диагностических услуг, в том числе осмотров врачей-специалистов в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи, входящих в стоимость тарифа в амбулаторных условиях или КСГ в условиях стационаров всех типов (за исключением МРТ и диализа), МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по направлению, на основе заключенных с ними договоров, с последующей оплатой за медицинскую услугу по стоимости, согласованной сторонами при заключении договора.

1.16 Оплата медицинской помощи производится в соответствии с Перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется за счет средств ОМС.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи.**

2.1 При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

– 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

– за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);



- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярногенетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации - используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом МЗСР РФ от 15.05.2012 № 543н.

2.2 При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

- 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 круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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.

2.3 При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

- 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 круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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.

В рамках проведения контроля за выполнением плановых заданий при учете фактически выполненных объемов медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, учитываются в том числе страховые случаи с нулевым тарифом. Для страховых случаев, которым действующим тарифным соглашением определена оплата в независимости от изменения диагноза, т. е. при переводе пациента с одного профиля на другой, оплата производится по тарифу за каждое движение, все движения учитываются отдельно.

2.4 По нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню 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.

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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.6 Порядок применения способов оплаты установлены приложением №2 к Тарифному соглашению.

### **III. Тарифы на оплату медицинской помощи**

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».



Расчет тарифов производится в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Тарифы на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе 2 Тарифного соглашения.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации.

Коэффициент уровня медицинской организации устанавливается дифференцированно для групп медицинских организаций:

а) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

б) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

в) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями, оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.



Уровни медицинских организаций и порядок направления пациентов в медицинские организации определяется Министерством здравоохранения Республики Карелия.

Отнесение медицинской организации к третьему уровню осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Республики Карелия объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также при условии фактического оказания медицинской организацией высокотехнологичной медицинской помощи.

Коэффициенты уровня медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены в Приложении №3.

### **3.1. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:**

- средний размер подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо в год - 7 978,75 рублей.

Установленный средний размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Карелия;

- базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц - 2 931,36 рублей, в месяц – 244,28 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия 1,522 в размере 1 925,99 рублей, в месяц – 160,50 рублей;

- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), 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, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности – 0,367396;

- коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией, коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, включающие объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), 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 дифференциации по территориям оказания медицинской помощи и дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной помощи - в Приложении № 4;

- половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи, - в Приложении № 5;

- половозрастные коэффициенты дифференциации к базовому подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи - в Приложении № 6;

- 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, - в Приложении № 7;

- средний размер подушевого норматива финансирования стоматологической помощи для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо в год - 528,19 рублей.

Установленный средний размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Карелия;

- базовый подушевой норматив финансирования стоматологической помощи на прикрепившихся лиц - 528,19 рублей, в месяц – 44,02 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия 1,522 в размере 347,04 рублей, в месяц – 28,92 рублей;

- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, – 0,65704;

- коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией, коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи и дифференцированные подушевые нормативы финансирования стоматологической помощи - в Приложении № 33;

- половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива финансирования стоматологической помощи, - в Приложении № 5;

- половозрастные коэффициенты дифференциации к базовому подушевому нормативу финансирования стоматологической помощи - в Приложении № 39;



- перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения с указанием базового норматива финансового обеспечения, коэффициента специфики оказания медицинской помощи, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФП, ФАП требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», - в Приложении №8;

- базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), оказываемые в амбулаторных условиях, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - в Приложении № 9;

- базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам определенных групп населения, в том числе с использованием мобильных медицинских бригад и в выходные дни, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - в Приложении № 10;

- базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на исследования и медицинские вмешательства, включенные в углубленную диспансеризацию, - в Приложении №39;

- базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на медицинские услуги, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, - в Приложении № 11;

- перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки, (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей - в Приложении № 12.

### **3.2. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:**

- перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях, установлен в соответствии с перечнем, приведенным в Приложении №3 к Программе государственных гарантий;

- средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи – 56 792,67 рублей;

- размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) круглосуточного стационара – 36 915,24 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия 1,522 (базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях) в размере 24 254,43 рублей;



– значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке, исключаящей влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-емкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации, коэффициента сложности лечения пациентов при оплате КСГ в условиях круглосуточного стационара – 0,4270697;

– коэффициенты относительной затратно-емкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ в стационарных условиях, и коэффициенты специфики оказания медицинской помощи - в Приложении № 13;

– коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи для медицинских организаций - в Приложении № 1;

– коэффициенты сложности лечения пациента - в Приложении № 14;

– нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе ОМС, и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи - в Приложении № 15;

– доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях круглосуточного стационара - в Приложении № 16;

– размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

1) при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней – 90 % от стоимости КСГ.

при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

1) при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ;

### **3.3. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:**

– перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях, установлен в соответствии с перечнем, приведенным в Приложении №3 к Программе государственных гарантий;

– средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи – 35 299,30 рублей;

– размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка) дневного стационара – 21 179,58 рублей, в



том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия 1,522 (базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров) в размере 13 915,62 рублей;

- значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации, коэффициента сложности лечения пациентов при оплате КСГ в условиях дневного стационара – 0,3942180;

- коэффициенты относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ в условиях дневных стационаров, и значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи для каждой КСГ - в Приложении № 17;

- доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях дневного стационара - в Приложении № 16;

- размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- 1) при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;
- 2) при длительности лечения более 3-х дней – 90 % от стоимости КСГ.

- при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- 1) при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- 2) при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ;

#### **3.4. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, устанавливаются:**

- средний размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, в размере 1 244,62 рублей в год. Установленный средний размер подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Карелия;

- базовый подушевой норматив финансирования в размере – 1 223,75 рублей, в месяц – 101,98 рублей, в том числе без учета суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями (1,741) в размере – 702,90 рублей, в месяц – 58,58 рублей;



- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, к базовому нормативу финансирования составляет – 0,56475;

- коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета коэффициентов специфики оказания скорой медицинской помощи - в Приложении № 19;

- коэффициенты специфики и дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи - в Приложении № 20;

- половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, - в Приложении № 5;

- половозрастные коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи - в Приложении № 21;

- базовый норматив финансовых затрат, тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе с проведением тромболизиса – в Приложении № 22.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с территориальной программой ОМС Республики Карелия и включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Финансирование расходов, включенных в структуру тарифа, при невыполнении медицинскими организациями объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, не является обязательством сферы ОМС.

Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу (за исключением структуры затрат тарифа по ВМП), проведение капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения и иные расходы, не включенные в структуру тарифа на оплату



медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и в структуру тарифа не включаются.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

#### **IV. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

4.1 ГУ ТФОМС РК и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам в соответствии с приказом МЗ РФ от 19.03.2021 № 231н.

4.2 Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ГУ ТФОМС РК), в соответствии с «Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования» в Приложении №3.

4.3 При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, ГУ ТФОМС, СМО и МО руководствуется Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.



## V. Заключительные положения

5.1 Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу с **1 января 2022 года** и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2 Все приложения к Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.3 В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения (приказ ФФОМС от 29.12.2020 №1397н), для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в приказ ФФОМС от 29.12.2020 №1397н, приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.4 Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению в соответствии с решениями Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью тарифного соглашения.

5.5 Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.



5.6 По всем вопросам, неурегулированным настоящим Тарифным соглашением, стороны руководствуются действующим законодательством.

Подписи сторон:

Министерство здравоохранения  
Республики Карелия

ГУ ТФОМС РК

Карельский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед»

Республиканская организация профсоюза  
Работников здравоохранения

Карельская ассоциация  
дерматовенерологов

