

**Дополнительное соглашение № 8  
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования  
Республики Карелия на 2021 год**

«29» сентября 2021 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 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов Стороны:

Правительство Республики Карелия (далее – Правительство РК) в лице заместителя Главы Республики Карелия по внутренней политике И.Ю. Корсакова,

Министерство здравоохранения Республики Карелия (далее – Министерство здравоохранения) в лице и.о. Министра здравоохранения Республики Карелия О.В. Руотцелайнен,

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,

Общественная организация «Медицинский Совет Республики Карелия» в лице председателя И.В. Леписевой,

на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия от 29 сентября 2021 года заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2021 год (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести следующие изменения в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2021 год (распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года):

В разделе II «Способы оплаты медицинской помощи»:

1) абзац 3 пункта 2.2 изложить в следующей редакции:

«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 которой 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 выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 29 Тарифного соглашения.»;

2) абзац 3 пункта 2.3 изложить в следующей редакции:

«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 которой 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, при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 34 Тарифного соглашения.».

2. Внести изменения в Приложение № 2 «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи»:

1) изложить пункт 7.1. в следующей редакции (распространяется на правоотношения, возникшие с 1 сентября 2021 г.):

«7.1. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, за исключением оплаты углубленной диспансеризации, осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в соответствии с объемами медицинских исследований, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», 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.»;



2) изложить пункт 17.5 в следующей редакции (распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 г.):

«17.5. Оплата неотложной стоматологической помощи по тарифу в ночное время осуществляется в случае, если помощь оказана в период с 22.00 часов до 06.00 часов.»;

3) пункты 17.5.-17.6. считать соответственно пунктами 17.6.-17.7.;

4) изложить пункт 51 в следующей редакции (распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года):

«51. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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 которой 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 выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения).»;

5) изложить пункт 85 в следующей редакции (распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года):

«85. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара относятся случаи 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 которой 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, переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения).

3. Изложить в новой редакции следующие приложения:

Приложение № 3 Коэффициенты уровня медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (вступает в силу с 01 сентября 2021 года);

Приложение № 4 Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи и коэффициенты, применяемые для их расчетов (вступает в силу с 01 сентября 2021 года и действует до 30 сентября 2021 года);

Приложение № 13 Коэффициенты относительной затроемкости и коэффициенты специфики КСГ для круглосуточных стационаров (распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года);

Приложение № 17 Коэффициенты относительной затроемкости и коэффициенты специфики КСГ для дневных стационаров (распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2021 года);

Приложение № 29 Перечень КСГ, оплата которых в условиях круглосуточного стационара осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (вступает в силу с 01 сентября 2021 года);



Приложение № 35 Перечень КСГ, оплата которых в условиях дневных стационаров всех типов осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (вступает в силу с 01 сентября 2021 года).

Подписи сторон:

Правительство РК \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения  
Республики Карелия \_\_\_\_\_

ГУ ТФОМС РК \_\_\_\_\_

Карельский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед» \_\_\_\_\_

Республиканская организация профсоюза  
работников здравоохранения \_\_\_\_\_

Медицинский Совет  
Республики Карелия \_\_\_\_\_