

**Дополнительное соглашение № 3  
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования  
Республики Карелия на 2020 год**

«27» марта 2020 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 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов стороны:

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

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – 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,

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

Карельская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице заместителя председателя И.А. Смирновой,

на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия от 27 марта 2020 года заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2020 год (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести следующие изменения в Приложение №2 «Способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Карелия» (вступает в силу с 01.03.2020г., кроме подпункта 40.1.):

1) изложить пункты 20-25 изложить в новой редакции:

«20. Фактический размер финансового обеспечения ФП, ФАП определяется численностью обслуживаемого населения и требованиями, установленными Положением.

21. При несоответствии ФП, ФАП требованиям Положения к размеру финансового обеспечения вводится поправочный понижающий коэффициент.



22. В каждой модели ФП/ФАП в зависимости от числа обслуживаемого населения и нормативов штатной численности устанавливается понижающий коэффициент с пошаговым расчетом по 0,25 ставки.

При условии несоответствия кадрового обеспечения Положению размер понижающих коэффициентов представлен в таблице:

Наименование	Модели ФП/ФАП, обслуживающих население		
	от 100 до 900 чел.	от 900 до 1500 чел.	от 1500 до 2000 чел.
Норматив штатных должностей медицинских работников (фельдшер, акушерка, санитар)	1,5	3	3,5
Понижающий коэффициент при несоответствии кадрового обеспечения:			
- на 3,5 штатные единицы			0,24
- на 3,25 штатные единицы			0,30
- на 3 штатные единицы		0,27	0,35
- на 2,75 штатные единицы		0,33	0,40
- на 2,5 штатные единицы		0,39	0,46
- на 2,25 штатные единицы		0,45	0,51
- на 2 штатные единицы		0,51	0,57
- на 1,75 штатные единицы		0,57	0,62
- на 1,5 штатные единицы	0,42	0,64	0,68
- на 1,25 штатные единицы	0,52	0,70	0,73
- на 1 штатную единицу	0,61	0,76	0,78
- на 0,75 штатных единиц	0,71	0,82	0,84
- на 0,5 штатных единиц	0,81	0,88	0,89
- на 0,25 штатных единиц	0,90	0,94	0,95

23. Перечень ФП, ФАП и размеры финансового обеспечения в разрезе страховых медицинских организаций представлены в **Приложении № 7**.

24. Контроль за соответствием ФП, ФАП требованиям действующего законодательства осуществляется ТФОМС РК на основании информации предоставляемой МО.

25. МО ежеквартально не позднее пятого календарного дня месяца, следующего за отчетным, представляют в ТФОМС РК актуальную информацию о перечне ФП, ФАП со сведениями о численности обслуживаемого населения, наличии лицензии и штатной численности. В случае изменения сведений информация направляется в комиссию по разработке ТП ОМС.»

2) пункт 30 изложить в новой редакции:



«При проведении медико-экономического контроля, в случае превышения квартальных показателей объемов, страховые медицинские организации проводят оплату оказанной медицинской помощи в пределах объемов и финансов, утвержденных на квартал (за исключением амбулаторной медицинской помощи с неотложной целью посещения и профилактических мероприятий.)

Оплата амбулаторной медицинской помощи с неотложной целью посещения и профилактических мероприятий производится в пределах объемов медицинской помощи и финансовых средств, установленных Комиссией на текущий год с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.»

3) дополнить пункт 33 подпунктом 33.3.10. следующего содержания:

«В рамках второго этапа диспансеризации при наличии медицинских показаний допустимо выполнение отдельных диагностических исследований, включенных в пункт 40 и оплачиваемых по тарифу согласно приложению №12.»

4) дополнить пункт 37 подпунктом 37.5. следующего содержания:

«Оплата неотложной медицинской помощи производится в пределах объемов медицинской помощи и финансовых средств, установленных Комиссией на текущий год с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.»

5) подпункт 40.1. изложить в новой редакции (вступает в силу с 01.02.2020г.):

«Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом медицинской организации, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.»

6) подпункт 47.5. изложить в новой редакции:

«Расшифровка групп КСГ в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также группировка случаев, включающая, в том числе правила учета классификационных критериев, осуществляется согласно пунктам 1, 2, 6 Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (Письмо ФОМС от 13.12.2019 №17151/26-1/и) (далее - Инструкция ФФОМС по группировке случаев на 2020 год).»

7) исключить подпункты 47.8 – 47.10, 47.12.

8) считать подпункты 47.11 – 47.13 соответственно подпунктами 47.8 – 47.10.



9) подпункт 59.7 изложить в новой редакции:

«Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ, оплачивается по КСГ с наибольшим размером оплаты с применением КСЛП – 1,3:

1) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией;

2) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

3) Сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

4) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения;

5) Выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии.

Сочетание всех схем и кодов противоопухолевого лечения применяется в соответствии с приложениями №10 и №11 Соглашения о порядке формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия и информационном обмене между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Министерством здравоохранения Республики Карелия и страховыми медицинскими организациями Республики Карелия.»

10) подпункт 59.10 изложить в новой редакции:

«Значения КСЛП при сверхдлительных сроках госпитализации рассчитывается в соответствии с Инструкцией ФФОМС по группировке случаев на 2020 год.»

11) дополнить пункт 59 подпунктом 59.19 следующего содержания:

«Оплата случаев лечения пациентов в условиях круглосуточного стационара по КСГ № st25.012 «Операция на сосудах (уровень5)» при проведении пациенту локальной эндоваскулярной трансартериальной тромбэкстракции (A16.23.034.013) осуществляется с применением КСЛП 1,4.»

12) пункт 123 изложить в новой редакции:

«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 иных услуг в рамках дневного стационара в другой медицинской организации. При этом случаи



одновременного оказания медицинской помощи в рамках проведения медико-экономического контроля от оплаты не отклоняются (АПУ).»

13) пункт 134 изложить в новой редакции:

«Подушевой норматив финансирования для ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» учитывает объем СМП оказываемой застрахованному на территории Республики Карелия населению, прикрепленному в установленном порядке для получения первичной медико-санитарной помощи к медицинским организациям города Петрозаводска и Прионежского района, в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А.Баранова», ГБУЗ РК «Пряжинская центральная районная больница», ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи» для оказания скорой медицинской помощи согласно межведомственному соглашению об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия на 2020 год.»

2. В Приложении №3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» (вступает в силу с 01.04.2020 г.):

- в пункте 4.2 цифру «2 274,56» заменить цифрой «3 533,88», цифру «189,55» заменить цифрой «294,49»;

- в пункте 4.3 цифру «1 305,72» заменить цифрой «2 028,63», цифру «108,81» заменить цифрой «169,05».

3. В Приложении №17 Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (для круглосуточных стационаров) добавить строки (вступает в силу с 01.04.2020 г.):

№ п/п	Код	Профиль (КПГ) и КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ/КПГ
70	st12.013.1	Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (COVID-19)	6,0
210	st23.004.1	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры (COVID-19)	3,0

4. Изложить в новой редакции следующие приложения (вступает в силу с 01.03.2020г., кроме приложения №6):

Приложение №6 «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на 2020 год» (вступает в силу 01.04.2020г.);



Приложение №7 «Перечень фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, размер финансового обеспечения в 2020 году»;

Приложение №12 «Тарифы на медицинские услуги»;

Приложение №26 «Перечень КСГ, оплата которых в условиях круглосуточного стационара осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения»;

Приложение №37 «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, на 2020 год».

5. Исключить следующие приложения:

Приложение №23 «Значения КСЛП при сверхдлительных сроках»;

Приложение №34 «Таблица соответствия прикрепления к медицинским организациям, оказывающим амбулаторную помощь, к медицинским организациям, оказывающим скорую медицинскую помощь»;

Приложение №41 «Сочетание противоопухолевых видов лечения, оплачиваемых с использованием КСЛП».

Подписи сторон:

Министерство  
здравоохранения

ТФОМС РК

Карельский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

Республиканская организация профсоюза работников  
здравоохранения

Медицинский Совет  
Республики Карелия

