

**Дополнительное соглашение № 1  
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования  
Республики Карелия на 2020 год**

«31» января 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,

Республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице Заместителя Председателя И.А. Смирновой

на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия от 31 января 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. Изложить в новой редакции Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2020 год, а именно:

**«ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
в сфере обязательного медицинского страхования  
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ  
НА 2020 ГОД**

г. Петрозаводск

«31» января 2020 г.

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



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – ТФОМС РК) в лице директора 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,

Республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице Заместителя Председателя И.А. Смирновой,

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

### **Общие положения**

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 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 года № 1610 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее - Программа государственных гарантий);
- постановлением Правительства Российской Федерации от 5.05.2012 года №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 5 мая 2012 года №462);
- постановлением Правительства Республики Карелия «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);



- приказом ФФОМС от 21.11.2018 года №247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – приказ ФФОМС №247);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.12.2014 г. №843 «О внесении изменений в номенклатуру коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденную приказом министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 г. N 555Н»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2017 года №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ №124н);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 года №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – Приказ от 15.02.2013 № 72н);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 года №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 от 11.04.2013 № 216н);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 года №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2015 года №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 от 13.10.2015 № 711н);
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 года №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»;



- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.12.2014 года №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее - Приказ от 15.12.2014 года №834н);
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 года №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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 года №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФФОМС от 28.02.2019 № 36);
- «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
- «Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
- Порядками оказания медицинской помощи населению, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- и иными нормативными правовыми актами.

2. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает тарифы на медицинскую помощь, определяет порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС Республики Карелия.

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

4. 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 со страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр



страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия.

5. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Карелия осуществляется в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Территориальной программой государственных гарантий (**Приложение №2**).

6. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Размер и структура тарифов приведены в Приложении №3.

7. Формирование и направление проекта Тарифного соглашения на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия) осуществляется Рабочей группой по тарифам на оплату медицинской помощи (далее - Рабочая группа).

8. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, 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.

9. Трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам обеспечивает преемственность, доступность и качество медицинской помощи, а также эффективную реализацию Территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий.

Решение по отнесению медицинской организации к уровню и подуровню оказания медицинской помощи и порядок направления пациентов



в медицинские организации принимается Министерством здравоохранения Республики Карелия.

Уровни и подуровни оказания медицинской помощи устанавливаются дифференцированно для медицинских организаций (**Приложение №1**).

10. 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 гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, 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, посещений с иными целями), неотложной медицинской помощи, а также посещений и обращений по поводу заболеваний;

4). вызовов специализированных выездных бригад СМП, врачебных общепрофильных выездных бригад СМП, фельдшерских общепрофильных выездных бригад СМП.

### **Термины и определения.**

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 года № 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 послеродовой 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 генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

**Скорая медицинская помощь (СМП)** – медицинская помощь, оказанная гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой



медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

**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).

**Обслуживаемое население** - застрахованные лица, прикрепившиеся для оказания первичной медико-санитарной помощи к медицинским организациям на территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи.

**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.

**Обращение по поводу заболевания** - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (несчастного 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** – это 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 (далее - 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 (выпуска, 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 (выпуска, 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, завершившийся преждевременно по причине добровольного письменного отказа пациента (законного представителя) от медицинского вмешательства, продолжения лечения, перевода в другую медицинскую организацию по поводу основного заболевания и вследствие этого невозможности выполнения объема медицинской помощи в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, летального исхода, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

**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 обязательного медицинского страхования.

**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.



**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 амбулаторной медицинской помощи** - 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, учитывающий уровень районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленные для территорий Республики Карелия, на которых расположена медицинская организация

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



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

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи 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 уровень расходов на содержание медицинских организаций** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия на содержание медицинских организаций и/или структурных подразделений;

**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 Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 ежемесячно, представляется в ТФОМС 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 от 22.11.2004 года №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.

**Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС** (далее – КОСКУ) – мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям Территориальной программы ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

**Медико-экономический контроль** – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе



обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

**Медико-экономическая экспертиза** – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

**Экспертиза качества медицинской помощи** – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

**Резэкспертиза** - повторная медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи, проводимая другим специалистом - экспертом или другим экспертом качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

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

11. Оплата медицинской помощи, оказываемой МО гражданам, застрахованным по ОМС в Республике Карелия, осуществляется СМО 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 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.

12. Оплата медицинской помощи производится в пределах годовых объемов медицинской помощи с поквартальным распределением по условиям оказания медицинской помощи, целям оказания медицинской помощи и в пределах соответствующих финансовых планов с поквартальным распределением (в разрезе условий и целей оказания медицинской помощи), утвержденных решением Комиссии.

Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности и является основанием для формирования Приложения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на \_\_\_\_ год».



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.

Оплата профилактических мероприятий производится в пределах годовых объемов медицинской помощи и в пределах соответствующих финансовых планов, утвержденных решением Комиссии об изменении объемов медицинской помощи.

13. Оплата объемов медицинской помощи, предоставленных сверх объемов медицинской помощи и финансов, установленных решением Комиссии с поквартальным распределением, не является обязательством сферы ОМС.

Оплата объемов профилактических мероприятий, предоставленных сверх объемов медицинской помощи и финансов, установленных решением Комиссии на год, не является обязательством сферы ОМС.

14. Финансирование расходов, включенных в структуру тарифа, при невыполнении медицинскими организациями объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, также не является обязательством сферы ОМС.

15. Комиссией по разработке территориальной программы ОМС вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Карелия в соответствии с настоящим Тарифным соглашением) и межтерриториальных (осуществляются ТФОМС РК) расчетах.

16. 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.

17. 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.

18. Расчеты между МО, включенными в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, осуществляются СМО по тарифам, установленным Тарифным соглашением.



19. 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.

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

21. Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Контроль) в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) затрат на оказание медицинской помощи (**Приложение №4**) являются основанием для:

21.1. неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи в виде:

- исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;
- уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;
- возврата сумм, не подлежащих оплате, в СМО;

21.2. уплаты МО штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

### **Перечень способов оплаты медицинской помощи.**

22. 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 гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, 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);



- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- 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, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

23. 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 (КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

- 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.

24. Оказанной в условиях дневных стационаров:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

25. 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 помощи.



### Заключительные положения

26. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с **1 января 2020 года** и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

27. Все приложения к Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

28. Внесение изменений и дополнений в настоящее Тарифное соглашение оформляется путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решениями Комиссии.

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

30. При увеличении показателей доходной части бюджета ТФОМС РК, предусмотренных на финансирование Территориальной программы ОМС, к утвержденным тарифам может применяться коэффициент индексации тарифов».

Подписи сторон:

Министерство  
здравоохранения

ТФОМС РК

Карельский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

Республиканская организация профсоюза работников  
здравоохранения

Медицинский Совет  
Республики Карелия