

**Дополнительное соглашение №3
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского
страхования Республики Карелия на 2019 год**

«29» марта 2019 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 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов стороны:

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 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 Председателя И.А. Смирновой

на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия от 29 марта 2019 года заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия на 2019 год (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. В разделе термины и определения Тарифного соглашения изложить определение прерванного случая лечения в следующей редакции:

"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."

2. Пункт 22 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

"22. Оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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, за посещение, за обращение (законченный случай)."

3. Пункт 23 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

"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."

4. Пункт 24 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

"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;"

5. Пункт 25 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

"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."

6. п.27 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

"27. Для проведения обязательного предварительного форматно-логического контроля МО **еженедельно** предоставляют в ТФОМС РК Реестры счетов, сформированные нарастающим итогом отдельно (в разные файлы):

1) об оказании медицинской помощи по ОМС, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;

2) об оказании медицинской помощи при диспансеризации;

3) об оказании высокотехнологичной медицинской помощи;

4) об оказании медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;

5) об оказании медицинской помощи при диагностических исследованиях.

Для окончательного форматно-логического контроля и определения страховой принадлежности застрахованных лиц МО предоставляют Реестры счетов в ТФОМС РК **в течение первого календарного дня месяца, следующего за отчетным.**

ТФОМС РК в течение **первого календарного дня месяца, следующего за отчетным**, осуществляет окончательный форматно-логический контроль Реестров счетов и определения страховой принадлежности застрахованных лиц."

7. п.29 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

"29. Для оплаты МО предоставляют Реестры счетов в СМО **ежемесячно** в следующие сроки:

- по результатам окончательного форматно-логического контроля Реестров счетов и определения страховой принадлежности застрахованных лиц МО формирует Реестры счетов с учетом страховой принадлежности застрахованных и в течение **второго календарного дня месяца, следующего за отчетным** представляет в соответствующие СМО в

следующего за отчетным представляет в соответствующие СМО в порядке и по форме, установленными нормативными документами. Одновременно с Реестром счетов МО формирует и направляет в СМО:

1) информацию по пациентам, направленным в МО на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по форме в соответствии с Регламентом по ведению ежемесячного мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам, застрахованным в Республике Карелия (**Приложение №10**);

2) сведения о застрахованных лицах, из числа выбравших МО для оказания первичной медико-санитарной помощи и подлежащих диспансерному наблюдению (взрослое население в возрасте 18 лет и старше) (**Приложение №11**).

- СМО в срок до **третьего календарного дня месяца следующего за отчетным** осуществляют их медико-экономический контроль и направляют в МО Реестры счетов с указанием кода причин отказа в оплате медицинской помощи;

- МО в течение **четвертого календарного дня месяца следующего за отчетным** исправляют допущенные ошибки и возвращают Реестры счетов в СМО в электронном виде;

- СМО в течение **пятого календарного дня месяца следующего за отчетным** осуществляют окончательный медико-экономический контроль Реестров счетов с оформлением актов;

- СМО в срок до **шестого календарного дня месяца следующего за отчетным**, направляют в ТФОМС РК реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории Республики Карелия, сформированные отдельно (в разные файлы) (в электронном виде):

- 1) по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого;
- 2) об оказании высокотехнологичной медицинской помощи;
- 3) об оказании медицинской помощи по ОМС, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;
- 4) об оказании медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования;
- 5) об оказании медицинской помощи при диагностических исследованиях.

Медицинские организации в течение пяти рабочих дней предоставляют в страховые медицинские организации счета на бумажном носителе, заверенные подписью руководителя и печатью."

8. Приложение №5 «Способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Карелия»:

8.1. пункт 23.1.2 изложить в следующей редакции

"23.1.2. Если в рамках законченного случая лечения заболевания в соответствии со стандартами (протоколами), клиническими рекомендациями были выполнены разовые посещения пациента к врачам других специальностей или медицинским работникам, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, указанные посещения отдельно не оплачиваются, но учитываются как выполненные медицинские услуги."

8.2 пункт 23.2. изложить в следующей редакции:

"23.2. Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения, в том числе применения передвижных форм предоставления медицинских услуг. Диспансеризация и проведение профилактических осмотров определенных категорий населения, в том числе с использованием мобильных медицинских бригад осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с Приложением №22 в части первого этапа и включает следующие виды осмотров:

- 1) диспансеризация определенных групп взрослого населения;
- 2) профилактические медицинские осмотры взрослого населения;
- 3) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- 4) диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;
- 5) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних".

8.3. пункт 24.3.2. дополнить вторым абзацем следующего содержания:

" Диспансеризация проводится в 2 этапа. Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами".

Абзац второй, третий считать третьим, четвертым соответственно.

8.4. пункт 24.3.4. дополнить вторым абзацем следующего содержания:

" Профилактические осмотры проводятся в 2 этапа. Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами".

8.5. пункт 25.1. изложить в следующей редакции:

"25.1. разовые посещения по поводу заболевания:

1) однократные посещения по заболеваниям к участковым врачам-педиатрам, участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики и врачам-специалистам и медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование, ведущим самостоятельный прием, в том числе результатом которых явилось направление в стационар любого типа;

2) однократные консультативные приемы врачей-специалистов (в том числе, с проведением лабораторных и инструментальных исследований) вне рамок законченного случая лечения заболевания."

8.6. дополнить разделом 12 следующего содержания:

«12. Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

144. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования исходя из количества прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинской организации (включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания).

Указанный способ оплаты применяется в целях оптимизации оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, являющимися самостоятельными юридическими лицами, в том числе расположенными в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, с учетом количества структурных подразделений, объема оказываемой медицинской помощи, численности прикрепленного населения. Обязательным условием применения данного подушевого норматива является наличие прикрепленного населения.

145. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

– расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

– расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

– расходы на оплату услуг диализа;

– расходы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

146. Предварительный предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ПРЕД}} = ДПн^i \times Чз^{\text{ПР}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ПРЕД}}$ - предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$ДПн^i$ - дифференцированный подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи;

$Чз^{\text{ПР}}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации по состоянию на 01.01.2019 г., человек.

147. Расчет уточненных предельных размеров финансового обеспечения МО осуществляется ежеквартально, исходя из численности прикрепленного населения по состоянию на 01.04.2019 г., 01.07.2019 г., 01.10.2019 г.

148. Ежемесячный размер подушевого финансирования МО, имеющей прикрепившихся лиц, определяется СМО исходя из:

- дифференцированного подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (Приложение №56);

- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, на основании данных акта сверки численности прикрепленного населения.

149. Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение показателей результативности деятельности (включая показатели объема медицинской помощи).

149.1. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки, (включая целевые значения), устанавливается Приложением №57.

149.2. Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется страховыми медицинскими организациями по итогам работы за год.

При оплате счетов за оказанную медицинскую помощь за декабрь 2019 года в случае невыполнения медицинской организацией целевых значений хотя бы по одному из показателей результативности деятельности, размер подушевого финансирования за декабрь уменьшается на 10%.

При выполнении медицинской организацией целевых значений по всем показателям результативности деятельности, размер подушевого финансирования за декабрь не уменьшается.

150. Расчеты за медицинскую помощь гражданам, не прикрепленным к данной МО, проводятся только в рамках амбулаторной медицинской помощи (за исключением стоматологической медицинской помощи, амбулаторной медицинской помощи с неотложной целью), скорой медицинской помощи.».

9. В Приложении №6 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»:

9.1. пункт 5.6 изложить в следующей редакции:

«5.6. Тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, в том числе с использованием мобильных медицинских бригад, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, в соответствии с **Приложением №22.»;**

9.2. дополнить следующими пунктами:

«13. В части оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая фактическое выполнение объема медицинской помощи по видам и условиям оказания) устанавливаются:

13.1. Подушевой норматив финансирования без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия - 1,526 на 2019 год в размере 5 901,48 рублей, в месяц – 491,79 рублей.

13.2. Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива и дифференцированные

подушевые нормативы финансирования по всем видам и условиям предоставления медицинской помощи для однородных групп медицинских организаций на 2019 год в соответствии с **Приложением № 56**;

13.3. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки, (включая целевые значения), в соответствии с **Приложением №57».**

Изложить в новой редакции следующие приложения к Тарифному соглашению:

10. Приложение № 1 "Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях."

11. Приложение № 7 "Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, по уровням и подуровням оказания медицинской помощи."

12. Приложение №9 "Порядок формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия."

13. Приложение №3, Приложение №5 и Приложение №9 к Приложению №12 "Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию."

14. Приложение № 13 "Перечень оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) затрат на оказание медицинской помощи."

15. Приложение № 15 (он-лайн) «Регламент по прикреплению (амбулаторное)»;

Приложение № 15 (офф-лайн) «Регламент по прикреплению (амбулаторное)».

16. Приложение №16 «Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива и дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций на 2019 год».

17. Приложение №17 «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на 2019 год».

18. В Приложении №19 "Регламент информационного взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия по формированию Реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи" добавить Приложение к Регламенту взаимодействия для МО-Пилотов, Приложение к Акту медико-экономического контроля для МО-Пилотов.

19. Приложение № 20 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях».

20. Приложение №21 «Перечень медицинских организаций Республики Карелия, не имеющих прикрепленного населения».

21. Приложение №22 «Тарифы на проведение диспансеризации определенных категорий населения».

22. Приложение №25 «Перечень видов диагностических исследований и тарифы».

23. Приложение №28 «Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Карелия».

24. Приложение № 30 «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточных и дневных стационаров».

25. Приложение №55 «Регламент взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения».

Дополнить следующими Приложениями к Тарифному соглашению:

26. Приложением № 56 «Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива и дифференцированные подушевые нормативы финансирования по всем видам и условиям предоставления медицинской помощи для однородных групп медицинских организаций на 2019 год»;

27. Приложением № 57 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки, (включая целевые значения)»;

28. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с 01 марта 2019 года, за исключением:

- п.12 вступает в силу с 01.01.2019 г., в части начала действия справочника РК 16 «Классификатор способов оплаты, адаптированный к системе ОМС РК»;
- п.10, п. 19, п. 20, п.23 которые вступают в силу с 04 марта 2019 г.;
- п.8.2, п.8.3, п.8.4, п.8.5, п.9.1., п.11, п.16, п.17, п.21, п.24, которые вступают в силу с 1 апреля 2019 года;
- п.25., п.15 в части начала действия «Регламент по прикреплению (амбулаторное)» (он-лайн), «Регламент взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе осуществления диспансерного наблюдения» вступают в силу с 01.05.2019 г.;
- п. 8.6. п.9.2, п. 18, п.26, п.27, которые действуют с момента вступления в силу изменений в Постановление Правительства РК от 28.02.2019 №95-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Подписи сторон:

Министерство
здравоохранения

ТФОМС РК

Карельский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед»

Республиканская организация профсоюза работников
здравоохранения

Медицинский Совет
Республики Карелия



М. Е. Оксентьев

[Signature]

А. М. Гаврилов



[Signature]



[Signature]



Мусева