

**Дополнительное соглашение № 6  
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования  
Республики Карелия на 2019 год**

«28» июня 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 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 Председателя И.А. Смирновой

на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия от 28 июня 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. Дополнить п. 2 Тарифного соглашения абзацем, следующего содержания:

«Все расчеты денежных средств осуществляются до копеек (по математическим правилам округления)».

(вступает в силу с 01.07.2019 года с реестров за июнь 2019г.)

2. Исключить раздел Тарифного соглашения на 2019 год «Порядок и последовательность проведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам" (вступает в силу с 01.07.2019г).



3. Изложить в новой редакции следующие пункты Приложения №3 «Способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Карелия» (вступает в силу с 01.07.2019г):

"23.2. **Оплата профилактических медицинских осмотров и комплексных посещений для проведения диспансеризации**, включающих профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний определенных групп взрослого населения осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения. Диспансеризация и проведение профилактических осмотров определенных категорий населения, в том числе с использованием мобильных медицинских бригад, осуществляющих свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными приложением № 8 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543 н., оплачивается в соответствии с **Приложением №9** в части первого этапа и включает следующие виды осмотров:

- 1) комплексное посещение в рамках диспансеризации;
- 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".

"56. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно."

"57. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения (в том числе при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) и за исключением случаев предусмотренных пунктом 62 настоящего тарифного соглашения представлен в таблице **Приложения № 23.**"

"62. Если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились:

- 1) при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- 2) при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.



Данное правило применимо ко всем случаям оказания лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях без исключений."

"75.3. После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ. При этом срок оказания ВМП при нахождении пациента на койке стационара круглосуточного пребывания должен составлять не менее 10ти суток а методы ВМП не должны дублироваться с методами утвержденными стандартами и клиническими рекомендациями предусмотренными для оказания специализированной медицинской помощи по диагнозу оплачиваемому в рамках КСГ. В случае дублирования методов лечения МО подает на оплату страховой случай по наибольшему тарифу ВМП или КСГ.

75.4. После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, специализированной медицинской помощи оплачиваемой по КСГ пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по тарифам соответствующей ВМП. При этом срок оказания специализированной помощи оплачиваемой по КСГ при нахождении пациента на койке стационара круглосуточного пребывания должен составлять не менее 10ти суток а методы ВМП не должны дублироваться с методами утвержденными стандартами и клиническими рекомендациями предусмотренными для оказания специализированной медицинской помощи по диагнозу оплачиваемому в рамках КСГ. В случае дублирования методов лечения МО подает на оплату страховой случай по наибольшему тарифу ВМП или КСГ"

"90. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения (в том числе при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) и за исключением случаев предусмотренных пунктом 103 настоящего тарифного соглашения представлен в таблице **Приложения № 28.**"

"100. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также в случаях, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, осуществляется в пределах утвержденного Комиссией плановых заданий медицинской помощи оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов и ее финансового обеспечения."

"103. Если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата



осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились:

- 1) при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- 2) при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

Данное правило применимо ко всем случаям оказания лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях без исключения."

Пункты 148-153:

"148. Ежемесячный размер подушевого финансирования МО, имеющей прикрепившихся лиц, за исключением размера подушевого финансирования на декабрь, определяется СМО исходя из:

- дифференцированного подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (Приложение №37);
- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, на основании данных акта сверки численности прикрепленного населения.

149. Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу за декабрь определяется по следующей формуле:

$$\text{ОСПН} = \text{ДПн} \times \text{ЧзПР} \times (1 - \text{ДРД}) + \text{ОСРД}, \text{ где:}$$

ОСПн - финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

ДРД - доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, равная 0,01;

ЧзПР - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;

ОСРД - размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности (стимулирующие выплаты), рублей.

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

150.1. Размер средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, устанавливается в размере 1% от размера финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу за декабрь.



150.2. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, включая показатели объема медицинской помощи, и критерии их оценки, включая целевые значения, устанавливается Приложением №38.

150.3. Стимулирующие выплаты производятся по итогам работы за год.

150.4. Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций и расчет размера стимулирующих выплат осуществляется страховыми медицинскими организациями.

150.5. Страховая медицинская организация производит стимулирующие выплаты медицинским организациям при окончательном расчете за декабрь.

150.6. Стимулирующие выплаты производятся страховой медицинской организацией при условии выполнения медицинской организацией целевых значений по всем показателям.

150.7. При невыполнении медицинской организацией целевого значения одного из показателей стимулирующие выплаты не производятся.

151. Взаиморасчеты за медицинскую помощь оказанную гражданам, прикрепленным к другой МО, проводятся только в рамках амбулаторной медицинской помощи (за исключением стоматологической медицинской помощи; амбулаторной медицинской помощи с неотложной целью; амбулаторной медицинской помощи с профилактической целью и целью обращения по поводу заболевания профиль "акушерство и гинекология", "акушерское дело") и скорой медицинской помощи.

152. Взаиморасчеты не осуществляются за стоматологическую медицинскую помощь, медицинскую помощь, оказанную в условиях круглосуточного и дневных стационаров гражданам, прикрепленным к другой МО.

153. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной гражданам не прикрепленным к МО, производится по посещениям с профилактической и иными целями, обращениям по поводу заболевания с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи."

**4. В Приложении №4 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»:**

- пункт 5.2 изложить в следующей редакции:

«5.2. Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи на 2019 год в размере 3 111,36 рублей, в месяц – 256,70 рублей (с 1 июля 2019 года).»;

- пункт 5.3 изложить в следующей редакции:

«5.3. Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 1,526 на 2019 год в размере 2 038,90 рублей, в месяц – 168,22 рублей (с 1 июля 2019 года).».



5. Приложение №35 "Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию" дополнить строкой следующего содержания: «st 02.003 - Родоразрешение» (вступает в силу с 01.07.2019г).

6. Изложить в новой редакции следующие приложения (вступают в силу с 01.07.2019г):

- № 2 «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»;

- №8 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях»;

- №16 «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточных и дневных стационаров».

7. Изложить в новой редакции Приложение №9 «Тарифы на проведение диспансеризации определенных категорий населения» (вступает в силу с 01.06.2019г).

Подписи сторон:

Министерство

здравоохранения \_\_\_\_\_

ТФОМС РК \_\_\_\_\_

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

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

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

