

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ НА 2025 ГОД

г. Петрозаводск

«28» декабря 2024 года

I. Общие положения

1.1 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 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ);

– Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ);

– постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - Программа государственных гарантий);

– постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 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 05.05.2012 № 462);

– постановлением Правительства Республики Карелия от 28.12.2024 № 484-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44 «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – приказ МЗ РФ от 10.02.2023 № 44);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.02.2021 № 80н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы» (далее – приказ МЗ РФ от 12.02.2021 № 80н);

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (далее – приказ МЗ и СР РФ от 17.05.2012 № 555н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – приказ МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – приказ МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 №698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке (далее – приказ МЗ РФ от 01.07.2021 №698н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – приказ МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н «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 МЗ РФ от 21.04.2022 № 275н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских

осмотров несовершеннолетних» (далее – приказ МЗ РФ от 10.08.2017 № 514н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

– приказом Минздрава России от 04.06.2020 N 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (далее - приказ МЗ РФ от 04.06.2020 № 548н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2015 № 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 МЗ РФ от 13.10.2015 № 711н);

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 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» (далее – приказ МЗ и СР РФ от 23.03.2012 № 252н);

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ МЗ и СР РФ от 15.05.2012 № 543н);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее - приказ МЗ РФ от 15.12.2014 № 834н);

– приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также ее финансового обеспечения» (далее – приказ МЗ РФ от 19.03.2021 № 231н);

– «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации);

– Порядками оказания медицинской помощи населению, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

– и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, 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.

1.3. На основании статей 30, 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами тарифного соглашения являются Министерство здравоохранения Республики Карелия (далее – Министерство) в лице Министра здравоохранения Республики Карелия М.Е. Охлопкова, Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия» (далее – ГУ ТФОМС РК) в лице директора А.И. Хейфеца, Карельский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед» в лице директора В.А. Пантелеева, Республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя М.П. Цаплина, Региональная общественная организация «Союз главных врачей учреждений здравоохранения Республики Карелия» в лице директора А.А. Романова.

1.4. Целями Тарифного соглашения являются:

– создание условий для обеспечения равнодоступности застрахованным в системе ОМС лицам в бесплатном получении качественной медицинской помощи по Программе ОМС с учетом порядков

оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи;

- обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС в Республике Карелия с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Республик Карелия;

- обеспечение целевого и эффективного использования средств ОМС.

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

1.6. 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 к настоящему Тарифному соглашению) и заключивших договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1.7. Оплата объемов медицинской помощи, предоставленных сверх объемов медицинской помощи и финансов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, не является обязательством сферы ОМС.

1.8. Медицинские организации (далее – 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии / однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и

диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов);
– структурных подразделений МО.

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, посещения с иными целями), неотложной медицинской помощи, а также посещений и обращений по поводу заболеваний;

4) вызовов специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи, врачебных общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи, фельдшерских общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи.

1.9. Основные понятия и термины:

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 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 послеродовый период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее - 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, в том числе скорая специализированная - медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

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.

Комиссия по разработке Территориальной программы ОМС - Комиссия по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, разрабатывающая проект территориальной программы, осуществляющая распределение и корректировку объемов медицинской помощи, рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения, разрабатывающая и устанавливающая показатели эффективности деятельности медицинских организаций, устанавливающая иные сроки подачи медицинскими организациями уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования для вновь создаваемых медицинских организаций в соответствии с Правилами ОМС.

Обслуживаемое население - застрахованные лица, проживающие на территории обслуживания, в соответствии с паспортами участков и с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности первичной доврачебной, первичной врачебной и неотложной медико-санитарной помощи.

Прикрепленное население - застрахованные лица, фактически прикрепившиеся для оказания первичной медико-санитарной помощи к медицинским организациям на территории обслуживания, в том числе воспользовавшиеся правом выбора медицинского учреждения и врача (с его согласия) в соответствии с действующим законодательством.

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 «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (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.

Дистанционное взаимодействие или телемедицинская консультация (далее - ТМК) – консультация врачом-специалистом/консилиумом, осуществляемая по электронным каналам связи с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий для передачи информации о состоянии здоровья пациента, видеоизображения данных инструментального, лабораторного, лучевого обследований. Возможно проведение ТМК с приглашением пациента, а также в режиме врач-пациент.

Обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (несчастливого 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 – 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 комплексное 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 (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 состояний 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 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 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 по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) - случай диагностики и 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 ОМС.

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее – КСГ, группа заболеваний, состояний) – 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).

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.

Клинические рекомендации – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского

вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

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 - 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 финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов.

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый Проектом Программы государственных гарантий, коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы, и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый 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 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.

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, представляется в ГУ ТФОМС РК 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 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.

II. Способы оплаты медицинской помощи.

2.1. При оплате медицинской помощи, 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, 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 и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинской помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепившихся лиц;

- медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных сахарным диабетом;

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан в том числе центрами здоровья и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации - используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной

помощи взрослому населению, утвержденным приказом МЗ и СР РФ от 15.05.2012 № 543н.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа);

- 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 дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, 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 № 28 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- 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 дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением № 32 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

В рамках проведения контроля за выполнением плановых заданий при учете фактически выполненных объемов медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, учитываются в том числе страховые случаи с нулевым тарифом. Для страховых случаев, которым действующим тарифным соглашением определена оплата в независимости от изменения диагноза, т.е. при переводе пациента с одного профиля на другой, оплата производится по тарифу за каждое движение, все движения учитываются отдельно.

2.4. 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.

2.5. При оплате 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;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи,

оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.6. оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к 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, в том числе показателей объема медицинской помощи.

2.7. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты устанавливается в Приложении №1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8. Порядок применения способов оплаты установлены Приложением №2 к настоящему Тарифному соглашению.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных

средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 12 278,32 рублей.

3.1.1. При определении подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц устанавливаются:

3.1.1.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации к базовому подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи (Приложение № 4 к настоящему Тарифному соглашению).

Половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.1.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (Приложение №2 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.1.3. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц на 2025 год в размере 3 904,27 рублей, в месяц – 325,36 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 2 568,60 рублей, в месяц – 214,05 рублей.

3.1.1.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, а также коэффициенты:

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, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

половозрастного состава;

уровня расходов медицинских организаций;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия;

дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (Приложение №6 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.1.5. Половозрастные коэффициенты дифференциации к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» (Приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению).

Половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.1.6. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» на 2025 год в размере 707,71 рублей, в среднем в месяц в месяц – 58,98 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 465,60 рублей, в среднем в месяц – 38,80 рублей.

3.1.1.7. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология», а также коэффициенты:

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, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

половозрастного состава;

уровня расходов медицинских организаций;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия;

дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (Приложение №15 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2. Для оплаты медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай) комплексное посещение), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями республики Карелия лицам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации, устанавливаются:

3.1.2.1. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), УЕТ), оказываемые в амбулаторных условиях (Приложение № 7 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.2. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам определенных групп населения, диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе с использованием мобильных медицинских бригад и в выходные дни (Приложение № 9 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.3. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на исследования и медицинские вмешательства, включенные в углубленную диспансеризацию (Приложение №10 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.3. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на медицинские услуги (Приложение № 8 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.4. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на медицинские услуги для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.3. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также информация об их соответствии/несоответствии требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Приложение №13 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.4. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки, (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций устанавливаются в Приложении № 39 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. При определении тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливается:

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в стационарных условиях расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в размере 12 745,71 рублей.

3.2.2. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях в составе Проекта Программы государственных гарантий, с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ (Приложение № 4 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, в стационарных условиях – 52 309,92 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия (базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях) – 34 414,42 рублей.

3.2.4. Значения коэффициентов:

а) коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи для медицинских организаций (Приложение №1 к настоящему Тарифному соглашению);

б) коэффициентов специфики (Приложение № 22 к настоящему Тарифному соглашению);

в) коэффициентов сложности лечения пациента (Приложение № 24 к настоящему Тарифному соглашению);

г) коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (Приложение №19 к настоящему Тарифному соглашению).

К первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) в пределах муниципального образования (внутригородского округа).

Ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры.

К третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Уровни медицинских организаций и порядок направления пациентов в медицинские организации определяется Министерством здравоохранения Республики Карелия.

3.2.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлен Приложениями №2, №31 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ в условиях круглосуточного стационара (Приложение №22 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.7. Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение №8 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение №30 к настоящему Тарифному соглашению)

3.2.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение № 28 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение № 29 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.11. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в Программе государственных гарантий (Приложение № 20 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3. При определении тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в условиях дневного стационара расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в размере 2 686,56 рублей.

3.3.2. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в условиях дневного стационара в составе Проекта Программы государственных гарантий, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение № 32 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, в условиях дневного стационара – 28 414,02 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия (базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара) – 18 693,43 рублей.

3.3.4. Значения коэффициентов:

а) коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи для медицинских организаций (Приложение № 1 к настоящему Тарифному соглашению);

б) коэффициентов специфики (Приложения № 32 к настоящему Тарифному соглашению);

в) коэффициентов сложности лечения пациента (Приложение № 24 к настоящему Тарифному соглашению)

г) коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (Приложение № 19 к настоящему Тарифному соглашению).

К первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) в пределах муниципального образования (внутригородского округа).

Ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие

медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры.

К третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Уровни медицинских организаций и порядок направления пациентов в медицинские организации определяется Министерством здравоохранения Республики Карелия.

3.3.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлен Приложениями №2, №31 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ в условиях дневного стационара (Приложение №13 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.7. Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение №8 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение № 36 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение № 34 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение № 35 к настоящему Тарифному соглашению).

3.4. При определении тарифа на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, 1 908,07 рублей.

3.4.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых

осуществляется вне подушевого норматива финансирования установлены приложением №2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (Приложение № 16 к настоящему Тарифному соглашению).

Половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

3.4.4. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, - 1 924,50 рублей, в месяц – 160,38 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 1 266,12 рублей, в месяц – 105,51 рублей.

3.4.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, а также коэффициенты:

половозрастного состава;

уровня расходов медицинских организаций;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия;

дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (Приложение №17 к настоящему Тарифному соглашению).

3.4.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями республики Карелия лицам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации (Приложение №18 к настоящему Тарифному соглашению).

3.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, устанавливаются:

3.5.1. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (Приложение №2).

3.5.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц на 2025 год в размере 12 183,04 рублей, в месяц – 1 015,25 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 8 015,16 рублей, в месяц – 667,93 рублей.

3.5.3. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, а также коэффициенты:

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, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

половозрастного состава;

уровня расходов медицинских организаций;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия;

дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (Приложение №12).

IV. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. ГУ ТФОМС РК и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам в соответствии с приказом МЗ РФ от 19.03.2021 № 231н.

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ГУ ТФОМС РК), в соответствии с «Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного

медицинского страхования» (Приложение №38 к настоящему Тарифному соглашению).

4.3. При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ГУ ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу с **1 января 2025 года** и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

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

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению в соответствии с решениями Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью тарифного соглашения.

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

Подписи сторон:

Министерство здравоохранения

Республики Карелия

М.Е. Охлопков

ГУ ТФОМС РК

А.И. Хейфец

Карельский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед»

В.А. Пантелеев

Республиканская организация профсоюза
работников здравоохранения

М.П. Цаплин

РОО «Союз главных врачей учреждений
здравоохранения Республики Карелия»

А.А. Романов