

Дополнительное соглашение № 3 / 2022
об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию

от 31.03.2022 года

г. Петропавловск-Камчатский

В соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае решила:

1. Внести в Соглашение об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 26.01.2022 № 1/2022 (далее – Соглашение № 1/2022) следующие изменения:

1.1. В разделе 2 Соглашения № 1/2022:

1.1.1. В пункте 2.2:

а) в подпункте 2 слова «в случаях лечения» заменить словами «в случаях прерывания лечения»;

б) подпункт 5 изложить в следующей редакции:

«5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;»;

в) в абзаце четырнадцатом слова «по основаниям 2-6 пункта 2.2.8» заменить словами «по основаниям 2-10 пункта 2.2.8»;

г) абзацы с шестнадцатого по восемнадцатый изложить в следующей редакции:

«Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным Приложением 3.1 к настоящему Соглашению, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы.».

1.1.2. В пункте 2.2.5.2 слова «– об оказанных услугах диализа в порядке, установленном настоящим Соглашением;» исключить.

1.1.3. В пункте 2.2.8:

а) подпункт 6 изложить в следующей редакции:

«6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;»;

б) дополнить подпунктом 10 следующего содержания:

«10. Проведение диализа.»;

в) слова «По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.» исключить.

1.1.4. пункт 2.2.9 признать утратившим силу.

1.1.5. Пункт 2.2.13 изложить в следующей редакции:

«2.2.13. Оплата услуг диализа при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи; получающим услуги диализа в стационарных условиях – по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

КСГ для оплаты услуг устанавливаются в приложениях 3.4 и 4.2 к настоящему Соглашению.

Учитывая установленный Территориальной программой ОМС способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, – «за случай (законченный случай) лечения заболевания», пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью принято среднее количество услуг диализа, проведенного в условиях дневного стационара в течение одного месяца лечения.

В стационарных условиях к законченному случаю отнесено лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми

лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств обязательного медицинского страхования), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

Нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установленные Территориальной программой ОМС, не включают случаи проведения услуг диализа, оплаченные по КСГ для оплаты услуг диализа.».

Распространить действие подпункта 1.1 на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.04.2022 года.

1.2. В разделе 3 Соглашения № 1/2022:

1.2.1. Абзац первый пункта 3.2 после слов «стоимостью до ста тысяч рублей за единицу» дополнить словами «, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.».

1.2.2. Таблицу 3 пункта 3.4.1 изложить в следующей редакции:

«Таблица 3

Медицинские организации по территориям оказания медицинской помощи	Коэффициент, рассчитанный в соответствии с 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»	Коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, приведенный к 3,338 по средневзвешенному значению, и применяемый к тарифам при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (КД)
Медицинские организации, расположенные на территории Камчатского края (за исключением Корякского округа и Алеутского муниципального района)	3,338	3,330
Медицинские организации, расположенные на территории Корякского округа		3,464
Медицинские организации, расположенные на территории Алеутского муниципального района		3,599
Медицинские организации, расположенные на территории г.Москвы		0,960
Медицинские организации,		1,328

расположенные на территории Приморского края		
Медицинские организации, расположенные на территории Хабаровского края		0,960

».

1.2.3. В абзаце первом пункта 3.5.1 слова «(за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.5.2 настоящего Соглашения)» заменить словами «(за исключением КСГ для оплаты услуг диализа и КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен пунктом 3.5.2 настоящего Соглашения)».

1.2.4. В пункте 3.5.3:

а) в абзаце первом пункта 3.5.3 слова «применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):» заменить словами «применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД) в соответствии с таблицей 3 пункта 3.4.1 настоящего Соглашения.»;

б) таблицу 4 исключить.

1.2.5. Дополнить пунктом 3.5.8 следующего содержания:

«3.5.8. Установить тарифы на оплату диализа по КСГ при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях круглосуточного стационара, в соответствии с Приложением 3.4 к настоящему Соглашению.».

1.2.6. В пункте 3.6.3:

а) в абзаце первом пункта 3.6.3 слова «применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):» заменить словами «применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД) в соответствии с таблицей 3 пункта 3.4.1 настоящего Соглашения.»;

б) таблицу 7 исключить.

1.2.7. Пункт 3.6.5 изложить в следующей редакции:

«3.6.5. Установить тарифы на оплату диализа по КСГ при оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в условиях дневного стационара, в соответствии с Приложением 4.2 к настоящему Соглашению.».

1.2.8. В пункте 3.7.1:

а) в абзаце первом пункта 3.7.1 слова «применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (КД):» заменить словами «применяется коэффициент дифференциации по территориям оказания

медицинской помощи (КД) в соответствии с таблицей 3 пункта 3.4.1 настоящего Соглашения.»;

б) таблицу 8 исключить.

Распространить действие подпункта 1.2, за исключением подпункта 1.2.1, на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.04.2022 года. Распространить действие подпункта 1.2.1 на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 30.03.2022 года.

1.3. Приложения 1, 2.2, 2.4, 2.6, 2.6.1, 2.6.2, 3.1, 4.1, 5.1, 5.3, 6.1 к Соглашению № 1/2022 изложить в соответствии с приложениями 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13 к настоящему Дополнительному соглашению соответственно.

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.04.2022 года.

1.4. В приложении 2.1 к Соглашению № 1/2022 пункты 1.6-1.7 изложить в следующей редакции:

«1.6. Расчет ФО^{РД} (размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности) осуществляется с учетом критериев и на основании методики расчета выплат стимулирующего характера при достижении целевых значений показателей результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу, при реализации Территориальной программы ОМС в Камчатском крае, утвержденных в соответствии с приложением 10 к Соглашению № 1/2022.

1.7. Сведения о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляются страховой медицинской организацией в медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца по установленной форме.».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.04.2022 года.

1.5. Дополнить Соглашение № 1/2022 приложениями 3.4 и 4.2 в редакции приложений 8 и 10 к настоящему Дополнительному соглашению.

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.04.2022 года.

1.6. В приложении 6.2 к Соглашению № 1/2022 пункты 1.7-1.8 изложить в следующей редакции:

«1.7. Расчет ФО^{РД} (размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности) осуществляется с учетом критериев и на основании методики расчета выплат стимулирующего характера при достижении целевых значений показателей результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу, при реализации Территориальной

программы ОМС в Камчатском крае, утвержденных в соответствии с приложением 10 к Соглашению № 1/2022.

1.8. Сведения о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляются страховой медицинской организацией в медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца по установленной форме.».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.04.2022 года.

1.7. В приложении 7 к Соглашению № 1/2022:

а) строку 122 изложить в следующей редакции:

122	Молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии <2>	27 285,48	1,0000	27 285,48
-----	--	-----------	--------	-----------

б) строки 123-132 исключить;

в) после таблицы дополнить примечанием следующего содержания:

<2> - детализация услуг по кодам номенклатуры отсутствует в связи с тем, что в Территориальной программе ОМС оплата молекулярно-генетических исследований предусмотрена только в порядке межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную в других субъектах РФ лицам, застрахованным по ОМС в Камчатском крае.».

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникшие при оказании медицинской помощи с 01.01.2022 года.

1.8. Приложение 9 к Соглашению № 1/2022 изложить в соответствии с приложением 14 к настоящему Дополнительному соглашению.

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с 01.04.2022 года.

1.9. Дополнить Соглашение № 1/2022 приложением 10 в редакции приложения 15 к настоящему Дополнительному соглашению.

Распространить действие настоящего подпункта на правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи с 01.04.2022 года.

Министр здравоохранения
Камчатского края,
Председатель Комиссии



А.В. Кузьмин

Члены комиссии:

Врио директора территориального
фонда обязательного медицинского
страхования Камчатского края



Н.Н. Александрович

Директор Камчатского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»,
Полномочный представитель
Всероссийского союза страховщиков по
медицинскому страхованию
Камчатском крае



А.А. Кильдау

Первый заместитель Председателя
Федерации профсоюзов Камчатки,
председатель Камчатской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Л.И. Покришук

Главный врач ГБУЗ «Камчатская краевая
больница им.А.С.Лукашевского»



А.Г. Кисляков