

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 2  
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
в сфере обязательного медицинского страхования  
на территории Ивановской области на 2022 год**

г. Иваново

25.03.2022

Департамент здравоохранения Ивановской области, в лице члена Правительства Ивановской области - директора Департамента здравоохранения Ивановской области Фокина А.М., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области, в лице директора Березиной И.Г., страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области, в лице директора Ивановского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Новикова А.В., Ассоциация врачей Ивановской области, в лице председателя Атрошенко И.Г., Ивановская областная организация профессионального союза работников здравоохранения РФ, в лице председателя Полозова В.В., именуемые в дальнейшем «Стороны», руководствуясь статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ивановской области на 2022 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение следующие изменения:
  - 1.1. Абзац 10 пункта 2.2 раздела 2 Тарифного соглашения исключить.
  - 1.2. Подпункт 2 пункта 2.2 раздела 2 Тарифного соглашения дополнить абзацами следующего содержания:

«В амбулаторных условиях комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Подлежат медицинской реабилитации в амбулаторных условиях пациенты с оценкой состояния пациента по ШРМ (1-3 балла), имеющие заболевания, по поводу которого проводится медицинская реабилитация (например, медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, кардиореабилитация, медицинская реабилитация после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19)).

Комплексное посещение включает в себя посещения врачей-специалистов (в зависимости от профиля заболевания):

- врач-терапевт (медицинская реабилитация);
- врач-онколог;
- врач-кардиолог (медицинская реабилитация);
- врач-травматолог-ортопед (медицинская реабилитация);
- врач-невролог (медицинская реабилитация);
- врач-педиатр (медицинская реабилитация);
- врач по медицинской реабилитации;
- врач-психотерапевт;
- врач по лечебной физкультуре;
- врач-физиотерапевт;
- врач мануальной терапии;
- врач-рефлексотерапевт;
- инструктор по лечебной физкультуре,

а так же медицинские услуги по медицинской реабилитации в соответствии с индивидуальным планом медицинской реабилитации.».

1.3. После абзаца 21 подпункта 2 пункта 2.2 раздела 2 дополнить абзацем следующего содержания:

«- за посещение в сочетании с медицинской услугой (VELOЭРГОМЕТРИЯ; исследование уровня лекарственных препаратов в крови; оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора; секторальная лазеркоагуляция сетчатки; дисцизия, экстракция вторичной катаракты).».

1.4. Пункт 2.3 изложить в новой редакции:

«2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ)) в соответствии с приложением 4 к Программе.

Алгоритм формирования различных КСГ с учетом установленных критериев группировки, оплаты по двум КСГ в рамках одного случая лечения, особенности формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного стационара изложены в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленной в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 02.02.2022 Министерства здравоохранения Российской Федерации

№11-7/И/2-1619 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/750 (далее – Рекомендации).

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением 1 к Программе, с учетом предельного количества законченных случаев оказания медицинской помощи по ВМП на 2022 год (перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи приведен в приложении № 2 к Тарифному соглашению);

- за 1 койко-день по паллиативной медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС;

- за прерванный случай госпитализации 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, 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, по объективным причинам, 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, 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, приведенным в Программе.

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, представлен в приложении № 37 к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 70% от стоимости КСГ.

Процедуры диализа, включающие различные методы, оплачиваются по КСГ (Приложение № 22.1, таблица 1) дополнительно к оплате по соответствующей КСГ (Приложение № 22.1, таблица 2), являющимся поводом для госпитализации. При этом учитываются услуги, выполненные пациенту в течение всего периода его нахождения в круглосуточном стационаре.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, представлен в приложении № 38 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по базовой и сверх базовой ТПОМС с учетом уровней (подуровней) организации медицинской помощи и способов оплаты, включая ВМП, приведен в приложении № 3 к Тарифному соглашению.»

1.5. После пункта 3.4.2.1. раздела 3 дополнить абзацем следующего содержания:

«Тарифы на одно посещение в сочетании с медицинской услугой в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 8.1 к настоящему Тарифному соглашению».

1.6. После пункта 3.4.2.2. раздела 3 дополнить абзацем следующего содержания:

«Тарифы на одно комплексное посещение обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях в рамках базовой ТПОМС указаны в приложении № 9.1 к настоящему Тарифному соглашению».

1.7. После абзаца 20 пункта 3.4.3 раздела 3 Тарифного соглашения дополнить абзацем следующего содержания: «Значение коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, установлено в размере 1,0.»

1.8. В абзаце 24 пункта 3.4.3 и абзаце 16 пункта 3.8 раздела 3 Тарифного соглашения слово «среднего» заменить словом «базового».

1.9. Последнее предложение абзаца 25 пункта 3.4.3 раздела 3 Тарифного соглашения после слова «помощи») дополнить словами «и методика оценки результативности деятельности медицинских организаций».

1.10. После абзаца 25 пункта 3.4.3 раздела 3 Тарифного соглашения дополнить абзацем следующего содержания: «Мониторинг достижения

целевых значений показателей результативности деятельности медицинских организаций проводится Комиссией ежеквартально. Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера производится, начиная со 2-го квартала. Порядок оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций определяется приказом Департамента здравоохранения Ивановской области.».

1.11. Абзац 18 пункта 3.8 раздела 3 Тарифного соглашения считать абзацем 6 пункта 3.8 раздела 3 Тарифного соглашения.

1.12. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложения № 1, 2 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.13. Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты, включая ВМП» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 3 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.14. Приложение № 4 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с учетом уровня организации медицинской помощи и способов оплаты» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложения № 4, 5, 6 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.15. Дополнить Тарифное соглашение приложением № 8.1 «Тарифы на одно посещение в сочетании с медицинской услугой в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению (приложение № 7 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.16. Дополнить Тарифное соглашение приложением № 9.1 «Тарифы на одно комплексное посещение обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»» к Тарифному соглашению (приложение № 8 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.17. Приложение № 20 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной

помощи» изложить в новой редакции (приложение № 9 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.18. Приложение № 21 «Размеры фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования в амбулаторных условиях» изложить в новой редакции (приложение № 10 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.19. Приложение № 22 «Тарифы на 1 случай госпитализации в стационарных условиях с учетом уровней организации медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 11 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.20. Дополнить Тарифное соглашение приложением № 22.1 «Тарифы на гемодиализ» к Тарифному соглашению (приложение № 12 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.21. Приложение № 23 «Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 13 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.22. Приложение № 24 «Тарифы на 1 случай лечения в условиях дневного стационара с учетом уровней организации медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 14 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.23. Приложение № 29 «Размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования по всем видам и условиям медицинской помощи» изложить в новой редакции (приложение № 15 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.24. Приложение № 30 «Перечень оснований и 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» изложить в новой редакции (приложения № 16, 17 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.25. Приложение № 35 «Тарифы для оплаты стоматологической медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 18 к настоящему Дополнительному соглашению).

1.26. Приложение № 38 «Коэффициент уровня оказания медицинской помощи медицинской организации, учитывающий объём средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)» изложить в новой редакции (приложение № 19 к настоящему Дополнительному соглашению).

2. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие по пунктам 1.1.-1.11., 1.14. в части приложения № 4, 1.15.-1.17., 1.19.-1.22., 1.24. в части приложения № 16, 1.25. с 01.01.2022; 1.14. части приложения № 5 с 03.02.2022; 1.12. в части приложения № 1, 1.13., 1.14. в части приложения № 6 с 25.02.2022; 1.18., 1.23., 1.26. с 01.03.2022; 1.24. в части приложения № 17 с 12.03.2022; 1.12. в части приложения № 2 с 17.03.2022.


### Подписи Сторон:

ОТ  
Департамента  
здравоохранения  
Ивановской области



А.М. Фокин

ОТ  
Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования  
Ивановской области




И.Г. Березина

ОТ  
страховых  
медицинских  
организаций




А.В. Новиков

ОТ  
медицинских  
профессиональных  
некоммерческих организаций



И.Г. Атрошенко

ОТ  
профессиональных  
союзов  
медицинских работников



В.В. Полозов