**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 2**

к Тарифному соглашению по оплате медицинской помощи в системе

обязательного медицинского страхования на территории Республики Тыва

на 2024 год

г. Кызыл 29.02.2024 г.

**Мы, нижеподписавшиеся,** представители органов исполнительной власти Республики Тыва, в лице министра здравоохранения Республики Тыва Югай А.К., представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва, в лице директора Кужугета Ш.А., представители страховых медицинских организаций, в лице директора Административного Структурного Подразделения ООО «Капитал МС» - Филиала в Республике Тыва Монгуша А.Д., представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов), в лице председателя правления общественной организации «Медицинская палата Республики Тыва» Канчыыр-оол А.А., представители профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), в лице председателя Тувинского республиканского органа Профсоюза работников здравоохранения РФ Ондара Д.О., являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Тыва (далее при совместном упоминании именуемые – Стороны), в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019г. №108н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023г. №44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», постановлением Правительства Республики Тыва от 29.12.2023г. №953 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Тыва на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» и с целью реализации государственной политики в области здравоохранения и обязательного медицинского страхования заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. **Внести в Тарифное соглашение на 2024 год следующие дополнения и изменения:**
   1. в подпункте 1.2.2. пункта 1.2. «Предмет соглашения» раздела I слова «2023» заменить на «2024»;
   2. подпункт 1.1. «Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях», раздела II дополнить:

«*Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с приказом Минздрава России от 20.10.2020г. №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (порядок №1130н), оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.*

*Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования.*

*Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам не учитываются в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования и оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.*»;

* 1. абзацы 6-9 подпункта 1.2.2. «Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» раздела II изменить на:

«,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей; |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
|  | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подрпзделений, 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; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; |
| КД | единый коэффициент дифференциации Республики Тыва, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012г. №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 №462).»; |

* 1. абзацы с 14 по 21 подпункта 1.2.2. «Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» раздела II изменить на:

«

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов  в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпуктов, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей; |
| ОСИССЛЕД | объем средств, направляемых на оплату проведения 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСНЕОТЛ | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива); |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Тыва лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии  с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей. |

*В случае, если отдельная медицинская помощь включается в подушевой норматив финансирования (за исключением медицинской помощи, оплата которой в соответствии с Программой осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого финансирования), но при условии невозможности проведения в конкретной медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, данной медицинской организации (исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц), оплата такой медицинской помощи, оказанной в других медицинских организациях осуществляется из средств подушевого норматива финансирования медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, в соответствии с пунктом 6 настоящего раздела Тарифного соглашения*.»;

* 1. абзацы 5-6 пункта 1.2.3. «Правила применения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи» раздела II заменить на:

«*3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – );*

*4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Тыва (далее – ).*»;

* 1. абзацы 8-10 пункта 1.2.3. «Правила применения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи» раздела II исключить и заменить на:

«*В целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования значения КДур для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, рассчитываются с учетом недопущения влияния применения указанных коэффициентов на общий объем средств, распределяемый между медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования (среднее взвешенное значение каждого из указанных коэффициентов с учетом численности прикрепленного к соответствующим медицинским организациям населения должно составлять 1).*

*В целях недопущения необоснованного снижения объема подушевого финансирования медицинских организаций при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования КДур устанавливаются в размере не менее 1 для следующих медицинских организаций:*

*- негосударственные медицинские организации, являющиеся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте;*

*- центральные районные, районные (в том числе межрайонные) и участковые больницы, обслуживающие взрослое население;*

*- медицинские организации, обслуживающие только детское население.*

*При этом снижение общего объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (по всем медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в совокупности) по сравнению с уровнем предыдущего года (в том числе за счет исключения отдельной медицинской помощи из подушевого финансирования с последующей оплатой за единицу объема медицинской помощи) недопустимо*.»;

* 1. абзацы с 10 по 16 подпункта 1.2.6. «Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования» раздела II исключить;
  2. подпункт 1.2.7. «Расчет объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов» раздела II дополнить:

«*В случае обслуживания фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).*

*Длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации.*»;

* 1. подпункт 1.2.8. «Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации» раздела II дополнить:

«*Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением №6 к Программе.*

*Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии).*

*В случае оказания соответствующей медицинской помощи с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, установленный тариф на оплату маммографии с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) не должен превышать размер тарифа на оплату маммографии обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм*.»;

* 1. абзац 19 подпункта 1.2.11. «Применение показателей результативности деятельности медицинской организации, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц», раздела II изменить на:

«*В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов.*»;

* 1. абзац 8 подпункта 2.1.1. «Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ», раздела II изменить на:

«

*Если для КСГ Приложением №4 к Программе не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение применяется равным 1*.»;

* 1. подпункт 2.1.4 «Коэффициент сложности лечения пациента» раздела II дополнить:

«*Распределение схем сопроводительной лекарственной терапии по уровням КСЛП представлено в Приложении 17 к Тарифному соглашению*.»;

* 1. абзацы 3-10 подпункта 2.2.2. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше» раздела II заменить на:

«*В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения):*

*- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;*

*- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.*

*Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в абзацах 1 – 6 подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения.*

*Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».*

*Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.*

*Указанный «Группировщик» в электронном виде размещен на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва в сети «Интернет» в разделе «Медицинским организациям» «КСГ» «Расшифровщики КСГ КС и ДС на 2024 год»*.»;

* 1. пункт 2.2 «Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ» раздела II дополнить подпунктом 2.2.9. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)»:

«*Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее – ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме). Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».*»;

* 1. пункт 2.2 «Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ» раздела II дополнить подпунктом 2.2.10. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»:

«*Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генноинженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)». Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения*.»;

* 1. подпункт 2.2.4. «Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту», раздела II дополнить:

«*Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения* *иммунизации за весь период госпитализации*»;

* 1. подпункт 2.2.8. «Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»», раздела II дополнить:

«*Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций)*.

*На оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в таблице 4, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).*

*Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований*

*Таблица 4*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование МНН** | **Код МКБ-10** | **Код маркёра** | **Результат исследования** |
| 1 | Абемациклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 2 | Алектиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 3 | Вемурафениб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 4 | Гефитиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 5 | Дабрафениб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 6 | Кобиметиниб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 7 | Кризотиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 8 | Лапатиниб | C50, C18, C19, C20 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 9 | Олапариб | C25, C50, C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57, C61 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 10 | Осимертиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 11 | Палбоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 12 | Панитумумаб | C18, C19 | RAS | Отсутствие мутаций в гене RAS |
| 13 | Пертузумаб | C18, C19, C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 14 | Рибоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 15 | Талазопариб | C50 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 16 | Талазопариб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 17 | Траметиниб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 18 | Трастузумаб | C07, C08, C15,  C16, C18, C19, C50, C54 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 19 | Трастузумаб эмтанзин | C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 20 | Церитиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |

»;

* 1. наименование подпункта 3.1.1. «Размер базовой ставки и коэффициента приведения», раздела II изменить на «Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ» и абзац 8 данного подпункта изменить на:

«.

*Если для КСГ Приложением №4 к Программе не установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, значение применяется равным 1*.»;

* 1. абзацы 3-10 подпункта 3.2.2. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше» раздела II заменить на:

«*В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения):*

*- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;*

*- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.*

*Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в абзацах 1 – 6 подпунктом 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения.*

*Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 3.2.1. настоящего раздела Тарифного соглашения) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».*

*Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.*

*Указанный «Группировщик» в электронном виде размещен на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Тыва в сети «Интернет» в разделе «Медицинским организациям» «КСГ» «Расшифровщики КСГ КС и ДС на 2024 год»*.»;

* 1. подпункт 3.2.7. «Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»», раздела II дополнить:

«*Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций)*.

*На оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в таблице 5, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).*

*Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований*

*Таблица 5*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование МНН** | **Код МКБ-10** | **Код маркёра** | **Результат исследования** |
| 1 | Абемациклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 2 | Алектиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 3 | Вемурафениб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 4 | Гефитиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 5 | Дабрафениб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 6 | Кобиметиниб | C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 7 | Кризотиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |
| 8 | Лапатиниб | C50, C18, C19, C20 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 9 | Олапариб | C25, C50, C48.0, C48.1, C48.2, C56, C57, C61 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 10 | Осимертиниб | C34 | EGFR | Наличие мутаций в гене EGFR |
| 11 | Палбоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 12 | Панитумумаб | C18, C19 | RAS | Отсутствие мутаций в гене RAS |
| 13 | Пертузумаб | C18, C19, C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 14 | Рибоциклиб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 15 | Талазопариб | C50 | BRCA | Наличие мутаций в генах BRCA |
| 16 | Талазопариб | C50 | HER2 | Отсутствие гиперэкспрессии белка HER2 |
| 17 | Траметиниб | C34, C43 | BRAF | Наличие мутаций в гене BRAF |
| 18 | Трастузумаб | C07, C08, C15,  C16, C18, C19, C50, C54 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 19 | Трастузумаб эмтанзин | C50 | HER2 | Гиперэкспрессия белка HER2 |
| 20 | Церитиниб | C34 | ALK/ROS1 | Наличие транслокации в генах ALK или ROS1 |

»;

* 1. пункт 3 «Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара», раздела II дополнить подпунктом 3.1.5 «Коэффициент сложности лечения пациента» раздела II:

«*Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории Республики Тыва, к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Требованиями и Приложением 17 к Тарифному соглашению.*

*КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.*

*КСЛП в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.*

*При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных в Приложении 17 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.*

*Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» в составе случая лечения в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации Республики Тыва.*

*Распределение схем сопроводительной лекарственной терапии по уровням КСЛП представлено в Приложении 17 к Тарифному соглашению*.»;

* 1. пункт 3.2 «Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ в условиях дневного стационара» раздела II дополнить подпунктом 3.2.8. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)»:

«*Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее – ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме). Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».*»;

* 1. пункт 3.2 «Оплата отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ» раздела II дополнить подпунктом 3.2.9. «Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов»:

«*Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генноинженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)». Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным подпунктом 2.1.1 настоящего раздела Тарифного соглашения*.»;

* 1. абзацы 12-18 подпункта 4.2.2. «Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи» раздела II исключить;
  2. абзац 2 полпункта 4.2.3. «Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации» заменить на:

«, где:»;

* 1. абзац 5 полпункта 4.2.3. «Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации» заменить на:

«*Установленные в Тарифном соглашении тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации 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) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, и могут отличаться только в зависимости от коэффициента дифференциации для отдельных территорий Республики Тыва, в которых расположена медицинская организация*.»;

* 1. утвердить приложение №63 к Тарифному соглашению на 2024 год «Тарифы I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин» в соответствии с приложением №1 к настоящему Дополнительному соглашению;
  2. внести изменение в приложение №17 к Тарифному соглашению на 2024 год «Перечень случаев, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента» в соответствии с приложением №2 к настоящему Дополнительному соглашению;
  3. внести изменение в приложение №20 к Тарифному соглашению на 2024 год «Перечень КСГ, используемые при оплате прерванных случаев оказания медицинской помощи» в соответствии с приложением №3 к настоящему Дополнительному соглашению;
  4. внести изменение в приложение №23 к Тарифному соглашению на 2024 год «Справочники расшифровки групп» в соответствии с приложением №4 к настоящему Дополнительному соглашению;
  5. внести изменение в приложение №24 к Тарифному соглашению на 2024 год «Особенности формирования отдельных КСГ» в соответствии с приложением №5 к настоящему Дополнительному соглашению;
  6. внести изменение в приложение №25 к Тарифному соглашению на 2024 год «Поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям на 2024 год» в соответствии с приложением №6 к настоящему Дополнительному соглашению;
  7. внести изменение в приложение №36 к Тарифному соглашению на 2024 год «Тарифы по амбулаторно-поликлинической помощи медицинских организаций 1 уровня на 2024 год» в соответствии с приложением №7 к настоящему Дополнительному соглашению;
  8. внести изменение в приложение №37 к Тарифному соглашению на 2024 год «Тарифы по амбулаторно-поликлинической помощи медицинских организаций 2 уровня на 2024 год» в соответствии с приложением №8 к настоящему Дополнительному соглашению;
  9. внести изменение в приложение №56 к Тарифному соглашению на 2024 год «Размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, коэффициента приведения в скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу на 2024 год» в соответствии с приложением №9 к настоящему Дополнительному соглашению;
  10. внести изменение в приложение №57 к Тарифному соглашению на 2024 год «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций на 2024 год» в соответствии с приложением №10 к настоящему Дополнительному соглашению;
  11. внести изменение в приложение №58 к Тарифному соглашению на 2024 год «Размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, на 2024 год» в соответствии с приложением №11 к настоящему Дополнительному соглашению;
  12. внести изменение в приложение №59 к Тарифному соглашению на 2024 год «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, на 2024 год» в соответствии с приложением №12 к настоящему Дополнительному соглашению;
  13. внести изменение в приложение №60 к Тарифному соглашению на 2024 год «Размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, на 2024 год» в соответствии с приложением №13 к настоящему Дополнительному соглашению;
  14. внести изменение в приложение №61 к Тарифному соглашению на 2024 год «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся к такой организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставления медицинской помощи на 2024 год» в соответствии с приложением №14 к настоящему Дополнительному соглашению.

1. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2024 года или с даты указанной в приложениях.

