ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования
на территории Республики Мордовия

09 января 2017 года

1. Общие положения.

Министерство здравоохранения Республики Мордовия, Государственное казенное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия (далее – ГКУ «ТФОМС Республики Мордовия»), медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, Мордовская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, Мордовская республиканская общественная организация «Ассоциация врачей Мордовии», страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории республики Мордовия в 2017 году, именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее –326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее –323-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н (далее –Правила ОМС), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении

Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерств а здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 09 декабря 2016 года № 66/11/18), информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2016 г. № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», постановлением Правительства Республики Мордовия от 29.12.2016 г. № 659 «О Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», постановлением Правительства Республики Мордовия от 25.02.2013г. № 63 «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Республике Мордовия (2013-2018) годы» и в целях организации оплаты медицинских услуг, оказываемых в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования населению Республики Мордовия, заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение).

Предметом настоящего Тарифного соглашения является согласование сторонами размера и структуры тарифов на оплату

медицинской помощи, действующих в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия, способов оплаты медицинской помощи, размера 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 по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Мордовия.

Тарифы рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Республике Мордовия.

2. В соответствии с частями 3, 4 ст. 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в Республике Мордовия медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

-вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

-амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

-в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

-стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формами оказания медицинской помощи являются:

-экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

-неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

При формировании реестров счетов на оплату неотложными случаями считаются:

1) оказание медицинской помощи пациенту, обратившемуся самостоятельно или доставленному машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение стационара без последующей госпитализации;

2) первичный вызов на дом участкового врача терапевта, участкового врача педиатра или врача общей практики (семейного врача) - в течение 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию по месту получения первичной медико-санитарной помощи;

3) посещения в травматологические пункты - структурные подразделения медицинских организаций;

4) посещения в кабинеты неотложной помощи.

-плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, не представляет угрозы его жизни и здоровью.

3. Объемы и виды медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств обязательного медицинского страхования устанавливаются Республиканской территориальной программой государственных гарантий оказания населению Республики Мордовия бесплатной медицинской помощи на 2017 год, в том числе территориальной программой обязательного медицинского страхования, и по конкретным медицинским организациям определяются в соответствии с доведенными объемами и

стоимостью медицинской помощи по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия.

Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) распределяются годовые объемы оказания медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС согласно протоколу заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия.

Ежемесячный объем оказания медицинской помощи медицинской организацией устанавливается в размере 1/12 годового объема с учетом отклонений на основании фактических показателей сезонной заболеваемости. Суммарный ежемесячный объем оказания медицинской помощи медицинской организацией (с учетом отклонений на основании фактических показателей сезонной заболеваемости) не может превышать годовой объем оказания медицинской помощи, установленный Комиссией для медицинской организации.

Медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС реестры счетов на оплату медицинской помощи формируются ежемесячно в пределах доведенных объемов и стоимости медицинской помощи. Страховыми медицинскими организациями оплата предъявленных медицинскими организациями реестров счетов осуществляется ежемесячно в пределах доведенных объемов и стоимости медицинской помощи.

Оплата оказанной медицинскими организациями медицинской помощи за отчетный месяц осуществляется по тарифам, установленным соответствующим решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4. На территории Республики Мордовия применяются следующие

способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

б) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

-за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке

пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

г) 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 на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

5. С 01 января 2017 года структура тарифа на оплату медицинской помощи 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, 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 ста тысяч рублей за единицу.

Нормативы расходов на соответствующие статьи затрат определяются требованиями действующего законодательства и нормативными документами Российской Федерации и Республики Мордовия.

6. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективности реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно для медицинских организаций с учетом уровня оказания медицинской помощи, в соответствии с Приложением 1 к настоящему Тарифному Соглашению:

первый уровень - оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района;

второй уровень - оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением;

третий уровень - оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь;

Кроме того, дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи осуществляется с учетом следующих объективных критериев:

-виды медицинской помощи, оказываемые медицинской организацией;

-половозрастная структура прикрепленного (обслуживаемого) населения;

-радиус обслуживаемого участка и плотность проживания прикрепленного населения;

-уровень расходов на содержание отдельных структурных подразделений медицинской организации, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов;

-уровень расходов на содержание имущества медицинской организации;

-достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных Планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Республике Мордовия (2013-2018) годы».

7. Тарифы на территории Республики Мордовия формируются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н в составе Правил обязательного медицинского страхования, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 9 декабря 2016 года №66/11/18).

В структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включено:

-финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

-финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-

педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);

-денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;

-финансовое обеспечение повышения доступности амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами.

3.1. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях.

8. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия, в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2017 год устанавливается в размере 3240,7 рублей (с учетом расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Мордовии и получающим медицинскую помощь за ее пределами) исходя из общей численности застрахованного населения Республики Мордовия по состоянию на 01.04.2016 года 787696 человек и общих расходов на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2017 год в сумме 2552675,7 тыс. рублей.

Единицей объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в пределах утвержденных объемов является:

- посещение;

- обращение по поводу заболевания;

- отдельная медицинская услуга в соответствии с Приложением 10 к настоящему Тарифному Соглашению.

Посещения:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

в связи диспансерным наблюдением;

в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями, в том числе: разовые посещения в связи с заболеванием, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, на госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов, а также осмотр перед проведением профилактических прививок, осмотр контактных лиц инфекционистом или участковым врачом, посещения беременных при нормальной беременности и посещения беременных с профилактической целью иных специалистов, посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт, посещение по поводу применения противозачаточных средств, профилактические посещения на дому.

Обращения по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к специалистам одной специальности (от 2,6 до 3,2). Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, которые возможно провести в амбулаторных условиях, на дому (при невозможности посещения пациентом медицинской организации). При этом могут быть следующие исходы заболевания и результаты лечения: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение,

направление в круглосуточный стационар, направление в дневной стационар, смерть.

Обращение, как законченный случай по поводу заболевания к одному специалисту, складывается из первичного и повторных посещений. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента при последнем посещении больного по данному поводу. Учетная единица «обращение» кодируется согласно приложению 5 к настоящему Тарифному Соглашению с указанием количества посещений к специалисту (повторное посещение).

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи (посещение, обращение, отдельная услуга) является единым для всех медицинских организаций Республики Мордовия, включенных в один уровень оказания амбулаторной медицинской помощи.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Расчет стоимости медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по врачам-специалистам, не участвующим в подушевом финансировании на прикрепившихся лиц, производится на дату оказания медицинской помощи. Законченный случай амбулаторного лечения (обращение) оплачивается по тарифу, действующему на дату окончания случая.

Отдельные медицинские услуги оплачиваются по утвержденным тарифам – по количеству выполненных услуг застрахованным лицам при получении амбулаторной помощи.

Отдельные медицинские услуги, оказанные в клинико-диагностических лабораториях, ПЦР-лабораториях, иммунологических лабораториях медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, финансируются в составе подушевого норматива финансирования.

Оплате страховыми медицинскими организациями подлежат счета за отдельные медицинские услуги, оказанные в клинико-диагностических лабораториях, ПЦР-лабораториях, иммунологических лабораториях медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения.

Проведение магнитно-резонансной и компьютерной томографии пациентам в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности организации осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от т 14 сентября 2012 г. № 827 «О рациональном использовании магнитно-резонансного томографического оборудования и компьютерного томографического оборудования». Оплата производится по отдельным тарифам в соответствии с Приложением 10 к настоящему Тарифному соглашению.

Для Центров здоровья оплата производится за комплексное обследование при первичном обращении и повторных посещениях с целью динамического наблюдения.

Для оплаты стоматологической помощи применяются тарифы стоимости условной единицы трудоемкости (УЕТ). Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) является Приложением 6 к настоящему Тарифному Соглашению.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях с учетом УЕТ основывается на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечении двух, трех зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным. При планировании объема финансовых средств на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении в количестве 3,8.

9. В 2017 году оплата на основе подушевого принципа финансирования применяется на одного прикрепившегося к медицинской организации застрахованного для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложению 8 к настоящему Тарифному Соглашению).

В соответствии с п. 125 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н при определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности и тарифа, установленного на основе подушевого норматива финансирования.

При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц в Республике Мордовия распределяется на следующие половозрастные группы (Приложение 18 к настоящему Тарифному Соглашению):

ноль-один год мужчины/женщины;

один год-четыре года мужчины/женщины;

пять лет-семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет-пятьдесят четыре года женщины;

восемнадцать лет-пятьдесят девять лет мужчины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

В составе тарифа на основе подушевого норматива финансирования устанавливается финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам-педиатрам участковым, медицинским сестрам врачей-педиатров участковых за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Подушевое финансирование в рамках реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия применяется в части оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население (за исключением неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи, проведения диспансеризации взрослого населения в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 03.02.2015г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 06.12.2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра», медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № от 21.12.2012 г. №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», от 11.04.2013 г. №216н «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», от 15.02.2013г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», посещений Центров здоровья, отдельных видов медицинских услуг (Приложение 10 к настоящему Тарифному

Соглашению) следующими специалистами:

- врачами - терапевтами участковыми;
- врачами - педиатрами участковыми;
- врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами хирургами;
- врачами неврологами;
- врачами офтальмологами;
- врачами оториноларингологами;
- врачами акушерами-гинекологами.

В медицинских организациях городского округа Саранск, обслуживающих исключительно детское население: ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №1», ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №2», ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №3» ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №4» в расчет подушевого финансирования на прикрепившихся лиц включены следующие врачи - специалисты:

- врач - педиатр участковый;
- врач хирург (детский);
- врач невролог (детский);
- врач офтальмолог (детский);
- врач оториноларинголог (детский);
- врач акушер - гинеколог (детский);
- врач аллерголог - иммунолог (детский);
- врач гастроэнтеролог (детский);
-врач детский кардиолог;
- врач детский уролог - андролог;
- врач детский эндокринолог;
- врач травматолог - ортопед (детский).

Для расчета финансирования ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №1» и ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №2» по подушевому принципу учитывается численность детского населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к данным медицинским

организациям, а также численность детского населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ РМ «Кочкуровская поликлиника», обслуживаемая врачами - узкими специалистами в ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №1» и численность детского населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ РМ «Поликлиники №10», обслуживаемая врачами - узкими специалистами в ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №2».

Медицинские организации (структурные подразделения, кабинеты в составе медицинских организаций), оказывающие стоматологическую помощь детскому и взрослому населению, специализированные диспансеры, женские консультации в составе ГБУЗ РМ «Родильный дом» и консультативные поликлиники в составе медицинских организаций, а также медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения, в подушевом финансировании не участвуют. Оплата оказываемой в них медицинской помощи производится по тарифу за единицу объема медицинской помощи (приложение 5 к настоящему Тарифному Соглашению).

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами-специалистами, не включенными в подушевое финансирование, лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Мордовия, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи согласно приложению 5 к настоящему Тарифному Соглашению.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой всеми врачами (включенными и не включенными в подушевое финансирование) лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи согласно приложению 5 к настоящему Тарифному Соглашению.

Финансирование медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования по подушевому принципу осуществляется страховыми

медицинскими организациями в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 1355 и «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в режиме «аванс-окончательный расчет».

Ежемесячный объем финансирования медицинских организаций по подушевому принципу рассчитывается как произведение численности прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца (на основании Акта сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации (приложение 19 к настоящему Тарифному Соглашению) и тарифа на основе подушевого норматива финансирования - по следующей формуле:

$$ОФ_{max} = N_i * T_{под}, \text{где}$$

$ОФ_{max}$ - ежемесячный объем финансирования медицинских организаций;

N_i - численность прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца;

$T_{под}$ - тариф на основе подушевого норматива финансирования.

Размер финансового обеспечения по подушевому финансированию рассчитывается ежемесячно на основании утвержденного тарифа на основе подушевого норматива финансирования.

Акт сверки численности прикрепленного населения формируется согласно Порядка регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия на основании внесенных данных медицинской организацией в программный комплекс «Единый ресурс информационного сопровождения» (ПК «ЕРИС»).

Акт сверки численности прикрепленного населения по состоянию на

01 число отчетного месяца подписывается и согласовывается медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и ГКУ «ТФОМС Республики Мордовия» ежемесячно, в течение первых десяти рабочих дней отчетного месяца.

Детские поликлиники городского округа Саранск осуществляют передачу медицинской документации на детей, достигших 18-ти летнего возраста, в амбулаторно-поликлинические медицинские организации общей сети в течение одного месяца.

При формировании актов сверки численности прикрепленного населения, для расчета подушевого финансирования по детским поликлиникам городского округа Саранск, в расчет принимается численность детей, не достигших 18-ти летнего возраста по состоянию на 1 число отчетного месяца.

Финансирование медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, включает в себя:

-средства, полученные по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, согласно Акту сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации;

-оплату медицинской помощи, оказанной врачами специалистами, не включенными в подушевое финансирование;

-оплату первичной медико-санитарной стоматологической помощи, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ);

-оплату медицинских услуг, оказанных в Центрах здоровья;

-оплату законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров отдельных групп взрослого населения и детей в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации;

-оплату отдельных медицинских услуг по тарифам;

-оплату медицинской помощи, оказанной в неотложной форме;

-оплату медицинских услуг лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами Республики Мордовия (в рамках межтерриториальных расчетов).

Окончательный расчет с медицинскими организациями производится ежемесячно, в установленном порядке, после проведения страховыми медицинскими организациями медико-экономического контроля (МЭК), с учетом результатов проведенной медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Республики Мордовия, лицам, застрахованным по ОМС за ее пределами, осуществляется по тарифам, действующим на момент оказания медицинской помощи.

При проведении гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях и/или в условиях круглосуточного стационара оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру гемодиализа и день обмена перитонеального диализа. Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиафильтрация, перитонеальный диализ) согласно Приложения 10 к настоящему Тарифному Соглашению.

10. Проведение диспансеризации взрослого и детского населения оплачивается согласно Приложений № 11, 12 к настоящему Тарифному Соглашению.

При проведении первого этапа диспансеризации взрослого населения, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 года № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» оплата производится за законченный случай диспансеризации.

Первый этап считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола, при этом обязательным является анкетирование и

прием врача-терапевта. Осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации, а также отказы гражданина от прохождения отдельных видов осмотров могут составлять не более 15% от объема диспансеризации.

В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенной случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования) в соответствии с установленными тарифами. Данный случай в статистической отчетности медицинской организации учитывается как завершенный случай диспансеризации, но оплата осуществляется не по тарифу за законченный случай диспансеризации, а по установленным тарифам за фактически проведенные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия.

При выполнении в рамках первого этапа диспансеризации менее 85 % от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, случай учитывается как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и оплата осуществляется по тарифам, установленным для профилактических осмотров взрослого населения.

Второй этап диспансеризации оплачивается по тарифам, утвержденным для отдельных услуг и медицинских исследований.

При проведении застрахованному лицу 1 и 2 этапа диспансеризации представление медицинскими организациями электронных реестров счетов в страховые медицинские организации осуществляется одновременно по

окончании второго этапа (в рамках одного отчетного периода).

При проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» оплата производится за законченный случай.

При проведении профилактических осмотров взрослого населения, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 06.12.2012 г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» оплата производится за законченный случай.

При проведении медицинских осмотров несовершеннолетних, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» оплата производится за законченный случай.

Законченным случаем осмотра несовершеннолетних считается случай профилактического осмотра детей первых 3-х лет по достижению календарного месяца, то есть осмотр должен быть проведен после дня достижения возраста. В возрасте от 3-х лет до 17 лет – законченным случаем считается случай профилактического осмотра в календарный год, независимо от месяца рождения, то есть осмотр может быть проведен до или после даты рождения.

Объем оказанных медицинских услуг при проведении всех видов диспансеризации и медицинских (профилактических) осмотров входит в объем задания по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи, установленный Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Республики Мордовия.

Сведения о застрахованных лицах, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий по возрастным

периодам формируются на основании внесенных данных медицинской организацией в программный комплекс «Единый ресурс информационного сопровождения» (ПК «ЕРИС»). Акт сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации, подлежащего диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам по состоянию на 01 число квартала подписывается и согласовывается медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и ГКУ «ТФОМС Республики Мордовия» ежеквартально не позднее 10 числа первого месяца отчетного квартала (Приложение 16 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях.

11. Для оказанной в стационаре медицинской помощи, устанавливается способ оплаты - законченный случай лечения заболевания на основе клинико-статистической группы (КСГ), в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 9 декабря 2016 года №66/11/18).

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия, в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2017 год составляет 4183,1 рублей, исходя из

численности застрахованного населения по состоянию на 01.04.2016 года в количестве 787696 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в сумме 3295009,1 тыс. рублей (с учетом медицинской реабилитации и высокотехнологичной медицинской помощи).

12. В качестве основных критериев группировки используются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра» (МКБ-10) и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденных приказом МЗ РФ от 27.12.2011 г. №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:

код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);

код сопутствующего диагноза;

код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);

пол;

возраст;

длительность пребывания в стационаре.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи определяется исходя из следующих параметров:

общего объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования;

частоты случаев госпитализации по каждой медицинской организации, каждой КСГ, каждой возрастной группе.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (БС)) устанавливается на 2017 год настоящим Тарифным соглашением в размере 20228,1 рублей, и рассчитывается по формуле:

$$БС=\frac{ОС}{(Ч_{сл}*СПК)}, где$$

ОС – 3295009,1 тыс. рублей - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, который рассчитывается как произведение норматива объема стационарной медицинской помощи на одно застрахованное лицо, численности застрахованных лиц и норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации;

СПК - 1,20 средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ, предусматривающий удорожание средней стоимости пролеченного пациента;

$Ч_{сл}$ - 135744 общее плановое количество случаев госпитализации, подлежащих оплате.

Частота случаев госпитализации по каждой медицинской организации, каждой КСГ, каждой возрастной группе определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций, в том числе в рамках уточнения схем маршрутизации пациентов.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре ($СС_{СЛ}$) по КСГ приведена в Приложении 2 к настоящему Тарифному Соглашению и определяется по следующей формуле:

$$СС_{СЛ} = БС * ПК, где$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи);

$КЗ_{КСГ}$ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (устанавливается на федеральном уровне);

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев с учетом применения КУксг, КУСмо, КСЛП), где:

$КУС_{МО}$ - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (определяется на основании отнесения медицинской организации к уровню оказания медицинской помощи);

$КУ_{КСГ}$ - управленческий коэффициент для КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента.

При расчете стоимости оказанной медицинской помощи стоимость суммы услуг и стоимость случая арифметически округляется до двух десятичных знаков после запятой.

13. При оплате стационарной помощи по законченному случаю на основе клинико-статистических групп, с целью стимулирования медицинской организации к снижению неэффективных расходов и повышению качества оказываемой медицинской помощи к медицинской организации применяются следующие коэффициенты:

$КУ_{КСГ}$ - управленческий коэффициент для КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации. Данный коэффициент устанавливается с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализаций при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, для стимулирования внедрения конкретных методов лечения, а также внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий.

$КУ_{КСГ}$ применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи в Республике Мордовия.

$КУС_{МО}$ - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Для медицинских организаций первого уровня оказания медицинской помощи коэффициент $КУС_{МО}$ устанавливается в размере 0,95; для медицинских организаций второго уровня оказания медицинской помощи - 1,1; для медицинских организаций третьего уровня оказания медицинской помощи - 1,3 (приложение 2 к настоящему Тарифному Соглашению).

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациентов, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, устанавливаемый в отдельных случаях (приложение 7 к настоящему Тарифному Соглашению).

КСЛП устанавливается в следующих случаях:

- наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (приложение 22 к настоящему Тарифному Соглашению);

- проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ:

1) сочетание любого кода химиотерапии с любым кодом лучевой терапии - 1,2

2) сочетание любого кода химиотерапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании - 1,5;

3) сочетание любого кода лучевой терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании - 1,2;

4) сочетание двух кодов лучевой терапии - 1,1;

- проведение сочетанных хирургических вмешательств (приложение 20 к настоящему Тарифному Соглашению);
- проведение однотипных операций на парных органах (приложение 21 к настоящему Тарифному Соглашению).

Коэффициенты сложности лечения пациента учитываются при расчете стоимости пребывания пациента в круглосуточном стационаре, в стационаре дневного пребывания. При этом значение коэффициента сложности лечения пациента суммарно не может превышать уровень 1,8.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ (КПГ).

Порядок оплаты прерванных и сверхкоротких случаев лечения.

14. К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным

классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже.

Данные группы являются исключениями, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения:

Круглосуточный стационар

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
84	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
97	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
154	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
155	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
159	Замена речевого процессора
160	Операции на органе зрения (уровень 1)
161	Операции на органе зрения (уровень 2)
185	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
206	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
258	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани
287	Операции на органах полости рта (уровень 1)
300	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
302	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
306	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Дневной стационар

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
6	Искусственное прерывание беременности (аборт)
7	Аборт медикаментозный
65	Операции на органе зрения (уровень 4)

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
66	Операции на органе зрения (уровень 5)
5.1	Стимуляция суперовуляции
5.2	Получение яйцеклетки
5.3	Культивирование эмбрионов
5.4	Перенос эмбрионов в полость матки
5	Экстракорпоральное оплодотворение

По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Применение КСЛП для оплаты случаев сверхдлительного пребывания.

15. Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
44	Детская хирургия, уровень 1
45	Детская хирургия, уровень 2
106	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
107	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
148	Лучевая терапия (уровень 2)
149	Лучевая терапия (уровень 3)
220	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
266	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
267	Панкреатит, хирургическое лечение
285	Ожоги (уровень 5)

Формирование КСГ акушерско-гинекологического профиля.

16. Формирование КСГ акушерско-гинекологического профиля производится следующим образом.

Отнесение к КСГ 4 «Родоразрешение» вне зависимости от основного диагноза производится по коду любой из трех услуг:

B01.001.009 - ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом;

B02.001.002 - ведение физиологических родов акушеркой;

B01.001.006 - ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом.

Если при наличии диагноза класса XV. «Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99)» нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью».

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 Кесарево сечение) случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ 14 или 15 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

В случае дородовой госпитализации беременных женщин в отделение патологии беременности (на профиль койки патологии беременности) круглосуточного стационара с последующим переводом в родильное отделение (на профиль койки для беременных и рожениц), оплата случаев госпитализации производится по двум соответствующим КСГ - «Осложнение беременности» и «Родоразрешение» или «Кесарево сечение» в случае пребывания в отделении патологии беременности (койке патологии беременности) в течение 6 дней и более.

Кроме того, оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

О14.1 - тяжелая преэклампсия;

О34.2 - послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

О36.3 - признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

О36.4 - внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

О42.2 - преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

17. Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» проводится в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ при оценке состояния пациента по «Модифицированной шкале Рэнкин» (mRs) по уровню 3-4-5, с учетом фактического количества койко-дней проведенных больным в стационаре, при средней длительности пребывания в стационаре - 16,6 дня.

18. Применение методов высокотехнологичной медицинской помощи (по Перечню, раздела 1 Постановления Правительства РФ от 23.12.2016 г. №1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»), медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия осуществляется на основании имеющихся лицензий, в рамках доведенных объемов и стоимости медицинской помощи, установленными Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС, в соответствии с установленными нормативами финансовых затрат на единицу

предоставления медицинской помощи, согласно Приложению 23 к настоящему Тарифному Соглашению.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Оплата случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи (по Перечню раздела 1 постановления Правительства РФ от 19.12.2016 г. №1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов») осуществляется при условии оформления и закрытия Талона на оказание ВМП, с применением специализированной информационной системы, в соответствии с положениями приказа Минздрава России от 29.12.2014 №930н (ред. от 27.08.2015) «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

Расчет (определение) стоимости лечения в круглосуточном стационаре производится на дату окончания лечения (выписки) пациента. Если дата поступления в круглосуточный стационар и дата выбытия одна и та же, то фактическое количество дней лечения равно 1.

3.3 Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара.

19. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи,

оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия, в условиях дневного стационара в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2017 год составляет 715,15 рублей, исходя их численности застрахованного населения по состоянию на 01.04.2016 года в количестве 787696 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в сумме 563320,5 тыс. рублей.

В качестве основных критериев группировки случаев лечения в дневном стационаре используются код диагноза в соответствии со справочником МКБ 10 и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ для дневного стационара используются следующие признаки:

-код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);

-код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);

-возраст.

Базовая ставка финансирования медицинской помощи в дневном стационаре определяется исходя из следующих параметров:

общего объема средств на финансовое обеспечение стационарозамещающей медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Мордовия;

частоты случаев лечения в дневном стационаре по каждой медицинской организации, каждой КСГ, каждой возрастной группе.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка $БС_{дн}$) устанавливается на 2017 год настоящим Тарифным соглашением в размере 9932,65 рубля, и рассчитывается по формуле:

$$БС_{дн} = \frac{ОС_{дн}}{(Числ_{дн} * СПК_{дн})}, \text{ где}$$

$ОС_{дн}$ – 563320,5 тыс. рублей - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарозамещающей медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, рассчитывается как произведение норматива объема стационарозамещающей помощи на одно застрахованное лицо, численности застрахованных лиц и норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в дневном стационаре;

$СПК_{дн}$- 1,2 средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ, предусматривающий удорожание средней стоимости пролеченного пациента,

$Числ_{дн}$ - 47262 общее плановое количество случаев лечения в дневном стационаре, подлежащих оплате.

Частота случаев лечения в дневном стационаре по каждой медицинской организации, каждой КСГ, каждой возрастной группе определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре ($СС_{СЛдн}$) по КСГ приведена в Приложении 3 к настоящему Тарифному Соглашению определяется по следующей формуле:

$$СС_{СЛдн} = БС_{дн} * КЗ_{ксгдн} * ПК, где$$

$БС_{дн}$ – размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре (базовая ставка финансирования стационарозамещающей медицинской помощи);

$КЗ_{ксгдн}$ - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случая лечения в дневном стационаре (устанавливается на федеральном уровне);

$ПК_{дн}$ – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев с учетом применения КУ ксгдн, КУСмодн, КСЛПдн);

$КУС_{МОдн}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, определяется на основании отнесения медицинской организации к уровню оказания медицинской помощи;

$КУ_{КСГдн}$ - управленческий коэффициент для КСГ.

Данный коэффициент устанавливается с целью мотивации медицинских организаций к внедрению прогрессивных методов лечения, а также введению ресурсосберегающих медицинских технологий. КУксгдн применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи в Республике Мордовия.

При расчете стоимости оказанной медицинской помощи в дневном стационаре стоимость суммы услуг и стоимость случая лечения арифметически округляется до двух десятичных знаков после запятой.

При оплате стационарозамещающей помощи по законченному случаю на основе клинико-статистических групп применяется КСЛПдн-коэффициент сложности лечения пациентов в дневном стационаре,

учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, устанавливаемый в отдельных случаях:

Наименование случая, при которому устанавливается КСЛПдн	Дневной стационар
В связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом – дети от 0 до 4 лет	1,2
В связи со сложностью лечения пациента, взрослые старше 75 лет	1,05
При наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнении заболеваний, сопутствующих заболеваний (в соответствии с Перечнем согласно приложения 22)	1,1

При оплате лечения в условиях дневного стационара отнесение случая к КСГ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ 10. Исключением является искусственное прерывание беременности (004), которое относится к 6 КСГ.

Порядок оплаты прерванных случаев лечения в дневном стационаре.

20. Оплата прерванного случая лечения пациента в дневном стационаре (при переводах пациентов из дневного стационара в круглосуточный в рамках одной медицинской организации либо в другую медицинскую организацию, лечение прервано по инициативе пациента, лечение прервано по инициативе медицинской организации) осуществляется с учетом фактически проведенных пациентом дней в дневном стационаре в размере 10% от соответствующей КСГ за каждый день, при этом общая стоимость оплаты прерванного случая лечения не должна превышать 50 процентов от стоимости законченного случая лечения.

Оплата лечения в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с КСГ - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу.

Расчет (определение) стоимости лечения в условиях дневного стационара производится на дату окончания лечения (выписки) пациента.

Режим работы дневного стационара медицинских организаций подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия осуществляется согласно графику работы дневного стационара, согласованному с Министерством здравоохранения Республики Мордовия. Медицинские организации, не подведомственные Министерству здравоохранения Республики Мордовия (медицинские организации частной формы собственности, ведомственные медицинские организации), осуществляют работу дневного стационара по графику, утвержденному руководителем медицинской организации.

Оплата оказанной населению медицинской помощи осуществляется в пределах доведенных объемов и стоимости медицинской помощи для медицинской организации в рамках программы обязательного медицинского страхования на 2017 год.

21. Оплата стоимости лечения в условиях стационара на дому осуществляется из расчета стоимости пациенто-дня стационара на дому и фактического количества проведенных пациенто-дней. Продолжительность лечения в стационаре на дому не должна превышать 10 дней.

22. Расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение) производятся по законченному случаю применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) в условиях дневного стационара.

С целью упорядочения оплаты медицинских услуг с учетом риска исключения пациента из программы ЭКО по причине возникновения осложнений на разных этапах лечения возможна оплата по профилю «лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий» за каждый этап программы ЭКО отдельно (согласно приложению 2 к настоящему Тарифному Соглашению).

3.4 Скорая медицинская помощь.

23. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2017 год составляет 545,85 рубля, исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.04.2016 года в количестве 787696 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в сумме 429964,2 тыс. рублей (с учетом применения тромболитической терапии на догоспитальном этапе).

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{СМП} * Ч_З - ОС_В)}{Ч_З}, \text{где}$$

$Пн_{БАЗ}$- базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$ФО_{СР}^{СМП}$ – средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$ОС_В$ – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Республике Мордовия за вызов, рублей;

$Ч_З$ – численность застрахованного населения.

За вызов скорой медицинской помощи осуществляется оплата скорой медицинской помощи в случае проведения тромболитической терапии, а также в случаях оказания скорой медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами Республики Мордовия.

Ежемесячный объем финансирования медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, по подушевому принципу финансирования рассчитывается как произведение численности прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца (на основании Акта сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации в ПК «ЕРИС») и тарифа на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи - по следующей формуле:

$$ОФ_{скор} = Ni_{скор} * Т_{подскор}, \text{где}$$

$ОФ_{скор}$ - ежемесячный объем финансирования медицинских организаций по оплате за скорую медицинскую помощь;

$Ni_{скор}$- численность прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца;

$Т_{подскор}$- тариф на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Размер финансового обеспечения по подушевому финансированию скорой медицинской помощи рассчитывается ежемесячно на основании

утвержденного норматива финансирования на одно застрахованное лицо (приложение 9 к настоящему Тарифному Соглашению).

Для ГБУЗ РМ «Станция скорой медицинской помощи» численность прикрепленного населения определяется как суммарная численность населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к медицинским организациям городского округа Саранск по состоянию на 01 число отчетного месяца.

Финансирование медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, включает в себя:

-средства, полученные по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, согласно акту сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации

-оплату скорой медицинской помощи за вызов (в случае проведения тромболитической терапии, а также в случаях оказания скорой медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами Республики Мордовия).

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в Республике Мордовия применяется дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), приведенный в Приложении 24 к настоящему Тарифному Соглашению, рассчитываемый с учетом следующих коэффициентов:

КДр - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания, плотность населения, условия транспортной доступности;

КДри - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций;

КДзп - коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Мордовия.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

4. Порядок организации оплаты медицинской помощи.

24. Согласно части 1 ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) в Республике Мордовия медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи. Случаи оказанной медицинской помощи оплачиваются по тарифам, действующим на момент оказания медицинской помощи на дату завершения лечения.

Допускается включение в реестр счета на оплату (бумажный и электронный) случаев оказания медицинской помощи за 2 месяца, предшествующих отчетному периоду.

При оплате медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 21.12. 2012г. №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», от 15.02.2013 г. №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 г. №216н «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» допускается внесение в реестры счетов всех случаев осмотра в текущем году при условии соблюдения сроков проведения диагностических мероприятий и осмотра специалистов в сроки, установленные вышеуказанными приказами.

25. Оплата проведения онкологического консилиума, проведения пульмонологической и гепатологической комиссии осуществляется как отдельная медицинская услуга в соответствии с тарифами, установленными Приложением 10 к настоящему Тарифному Соглашению.

26. Оплата услуг по привлечению врачей-специалистов для оказания консультативной помощи из сторонних медицинских организаций осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов по тарифам согласно Приложению 13 к настоящему Тарифному Соглашению.

27. При невозможности оказания медицинской помощи медицинской организацией, имеющей лицензию на этот вид помощи, медицинская организация обязана организовать оказание медицинской помощи обратившегося пациента в другой медицинской организации.

При этом разрешается возмещать стоимость выполненных работ с использованием тарифов ОМС (в соответствии с Приложением 10) или, при их отсутствии, по ценам не выше предельных тарифов на платные медицинские услуги, оказываемые государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Республики Мордовия, утвержденными Приказами Министерства здравоохранения Республики Мордовия в рамках межучрежденческих расчетов.

28. За лечение граждан, застрахованных в других субъектах Российской Федерации, счет выставляется медицинской организацией непосредственно в ГКУ «ТФОМС Республики Мордовия», по форме согласно приложению 17 к настоящему Тарифному Соглашению.

29. Все медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, обязаны вести автоматизированный персонифицированный учет сведений о

медицинской помощи в соответствии со ст.44 Федерального Закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ.

30. Страховыми медицинскими организациями оплата выполненных объемов медицинской помощи производится в пределах установленного Задания, определенного решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования, превышение установленных объемов является основанием отклонения от оплаты позиций реестра.

5. Особенности использования средств медицинского страхования медицинскими организациями.

31. Медицинская организация, осуществляющая свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ведет раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации, оказывающие услуги по лабораторным, инструментальным, рентгенологическим исследованиям, или по организации питания, производят зачисление средств, поступивших за оказание услуг по межучрежденческим расчетам, на лицевой счет, предназначенный для учета средств обязательного медицинского страхования.

Неэффективным использованием средств обязательного медицинского страхования является использование средств обязательного медицинского страхования без соблюдения принципа результативности и эффективности, установленного статьей 34 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования является направление и использование средств на цели, не соответствующие условиям получения указанных средств, определенным территориальной программой обязательного медицинского страхования,

настоящим Тарифным соглашением, договорами, заключенными в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Республики Мордовия, либо иным правовым основанием их получения.

32. Контроль за целевым и эффективным использованием средств обязательного медицинского страхования, полученных медицинской организацией за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС, осуществляется ГКУ «ТФОМС Республики Мордовия» путем проведения проверок и ревизий в медицинской организации, осуществляющей свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

33. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования (акта проверки).

6. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи.

34. Порядок контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи определяется приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями и дополнениями).

Не подлежат оплате случаи лечения, оплаченные по договорам оказания платных медицинских услуг, за счет личных средств граждан, а также в рамках добровольного медицинского страхования.

При пересечении сроков лечения стационарного случая лечения и случая оказания амбулаторно-поликлинической помощи случай оказания амбулаторно-поликлинической помощи в этот период не подлежит оплате, кроме: дня поступления и выписки из стационара, гистологических исследований, исследований биопсийного и операционного материала, иммунногистохимические исследования, эзофагогастродуоденоскопия с аутофлуоресцентной и ультразвуковой диагностикой, толстокишечной эндоскопии с аутофлуоресцентной диагностикой, аутофлуоресцентной трахеобронхоскопии, ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста, компьютерной томографии, компьютерной томографии с применением контраста, бактериологического метода с использованием АБА (индентификация микроорганизмов с определением их чувствительности к АМП), консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи, а также при проведении процедуры гемодиализа, гемодиафильтрации и перитонеального диализа, плазмоферреза, обследование с применением радионуклидного метода в «Гамма-камере».

При оплате случаев госпитализации в условиях круглосуточного стационара в медицинских организациях, имеющих дорогостоящее диагностическое оборудование (ядерно-магнитно-резонансный томограф (ЯМРТ), компьютерный томограф (КТ)) оплате подлежат случаи госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе без дополнительной оплаты за проведение ядерно-магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии.

При пересечении сроков оказания медицинской помощи в рамках проведения профилактических осмотров отдельных групп взрослого населения и несовершеннолетних со случаями оказания амбулаторно-поликлинической помощи (посещения, обращения к врачам -специалистам) не подлежит оплате случай оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

35. Причины отклонения и приостановления позиций реестра от оплаты, перечень дефектов при оказании медицинской помощи и размер финансовых санкций при них утверждается настоящим Тарифным Соглашением, согласно приложению 15.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где}$$

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт}}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = \text{РТ} * \text{К}_{\text{но}}, \text{где}$$

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$К_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с Приложением 15 к настоящему Тарифному Соглашению (далее - Перечень оснований).

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП * К_{шт}, где$$

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия на 2017 год в расчете на одно застрахованное лицо устанавливается Постановлением Правительства РМ от 29.12.2016 № 659 «О Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов»

36. При проведении медико-экономической экспертизы (МЭЭ) в случае выявления необоснованного применения тарифов, специалистом-экспертом производится перерасчет стоимости данного случая в соответствии с действующими на момент оказания медицинской помощи тарифами и производится удержание (доплата) на основании соответствующего акта МЭЭ. При этом применяется код санкции 5.4.2.

При проведении медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской

помощи (ЭКМП) в медицинских организациях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по принципу подушевого финансирования (приложения 8, 9 к настоящему Тарифному Соглашению), сумма не подлежащая оплате (уменьшение оплаты) рассчитывается по стоимости соответствующей единицы медицинской помощи с учетом профиля оказания медицинской помощи, согласно приложениям 5 и 9 настоящего Тарифного Соглашения.

Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, а при его оплате до получения соответствующих сведений от территориального фонда - о неполной оплате расходов медицинской организации при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения медико-экономического контроля или медико-экономической экспертизы.

Перечень нарушений, изложенных в разделе 5 Приложения № 15 «Перечень дефектов и финансовых санкций СМО к медицинской организации, работающей в системе ОМС» настоящего Тарифного соглашения, не относится к дефектам качества медицинской помощи и не применяется при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, за исключением отдельных позиций, указанных в графе «Примечания», при проведении медико-экономической экспертизы (5.3.1; 5.3.3; 5.4.2; 5.7.3). Средства на ведение дела страховой медицинской организации не начисляются, за исключением отдельных позиций, указанных в графе «Примечания», при проведении медико-экономической экспертизы (5.3.1; 5.3.3; 5.4.2; 5.7.3).

При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи не допускается применение финансовых санкций к медицинским организациям по случаям оказания медицинской помощи, подлежащим отклонению при проведении медико-экономического контроля, в том числе: пересечения амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи), амбулаторных посещений и диспансеризации, пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях), стационарной помощи и отдельных медицинских услуг.

7. Заключительные положения.

37. Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2017 года по согласованию со всеми заинтересованными сторонами. Срок действия Тарифного соглашения - с 01 января 2017 года по 31 декабря 2017 года.

38. По инициативе сторон в Соглашение могут быть внесены изменения и дополнения. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Внесение изменений в данное соглашение, влекущее за собой дополнительные расходы, возможно при наличии соответствующего источника финансового обеспечения.

Приложения к Тарифному Соглашению:

-Приложение 1 «Список медицинских организаций Республики Мордовия по уровням, видам и способам оплаты медицинской помощи»;

-Приложение 2 «Тарифы обязательного медицинского страхования на медицинские услуги, оказываемые стационарными отделениями медицинских организаций Республики Мордовия по КСГ»;

-Приложение 2.1. «Тарифы обязательного медицинского страхования на медицинские услуги, оказываемые стационарными отделениями медицинских организаций Республики Мордовия по КСГ» (на январь - февраль 2017 года);

-Приложение 3 «Тарифы обязательного медицинского страхования на медицинские услуги, оказываемые в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах на дому, медицинскими организациями Республики Мордовия по КСГ»;

-Приложение 3.1. «Тарифы обязательного медицинского страхования на медицинские услуги, оказываемые в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах на дому, медицинскими организациями Республики Мордовия по КСГ» (на январь - февраль 2017 года);

-Приложение 4 «Средняя длительность пребывания одного больного в стационаре (дней)»;

-Приложение 5 «Тарифы обязательного медицинского страхования граждан на медицинские услуги, оказываемые амбулаторно-поликлиническими отделениями (подразделениями) медицинских организаций Республики Мордовия (посещения, обращения, УЕТ)»;

-Приложение 6 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;

-Приложение 7 «Коэффициенты сложности лечения пациента»;

-Приложение 8 «Оплата по подушевому нормативу амбулаторно-поликлинической помощи на одного прикрепленного застрахованного по ОМС гражданина»;

-Приложение 9 «Подушевое финансирование скорой медицинской помощи на одного прикрепленного застрахованного по ОМС гражданина»;

-Приложение 10 «Тарифы на отдельные виды медицинских услуг, оказываемые медицинскими организациями Республики Мордовия»;

-Приложение 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

-Приложение 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации несовершеннолетних»;

-Приложение 13 «Медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями в рамках межучрежденческих расчетов»;

-Приложение 14 «Медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, за счет средств ОМС»;

-Приложение 15 «Перечень дефектов и финансовых санкций СМО к медицинской организации, работающей в системе ОМС»;

-Приложение 16 «Акт сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации, подлежащего диспансеризации и профилактическому осмотру»;

-Приложение 17 «Счет-фактура»;

-Приложение 18 «Дифференцированные подушевые нормативы»;

-Приложение 19 «Акт сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации»

-Приложение 20 «Виды сочетанных хирургических вмешательств»;

-Приложение 21 «Виды однотипных операций на парных органах»;

-Приложение 22 «Виды тяжелых сопутствующих патологий, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента»;

-Приложение 23 «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемых за счет средств обязательного

медицинского страхования медицинскими организациями Республики Мордовия»;

-Приложение 24 «Коэффициенты дифференциации по скорой медицинской помощи»;

- Приложение 25 «Поправочные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи»;

- Приложение 26 «Поправочные интегрированные коэффициенты дифференциации и стоимости подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи по полу и возрасту».

Представители сторон, участвующие в подписании Тарифного соглашения:

От Министерства здравоохранения Республики Мордовия:

Председатель комиссии

Первый заместитель Министра _____ Е.А. Степанова

«09» 01 2017г.

Начальник планово-финансового отдела _____ И.В. Алексеева

«09» 01 2017г.

От страховых медицинских организаций

Исполнительный директор ЗАО

«МСК КС Страхование» _____ С.А. Чуйков

«09» 01 2017г.

И.о. директора Мордовского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» _____ С.Н. Серебрякова
«09» 01 2017г.

От Ассоциации врачей Мордовии:

Председатель правления Мордовской республиканской общественной организации «Ассоциация врачей Мордовии» _____ А.Н. Пинямаскин
«09» 01 2017г.

Член правления Мордовской республиканской общественной организации «Ассоциация врачей Мордовии» _____ О.М. Солдатов
«09» 01 2017г.

Главный врач ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская клиническая больница» _____ В.Г. Крылов
«09» 01 2017г.

Главный врач ГБУЗ РМ «Рузаевская межрайонная больница» _____ О.В.Батин
«09» 01 2017г.

Председатель Мордовской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, заместитель Председателя Комиссии _____ Л.Б. Гукова
«09» 01 2017г.

Заместитель директора ГКУ ТФОМС Республики Мордовия _____ Е.В. Пронькина

«__09__» ____07____2017г.