

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования
на территории Республики Мордовия

29 декабря 2018 года

1. Общие положения.

1. Министерство здравоохранения Республики Мордовия, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия (далее – ТФОМС Республики Мордовия, Фонд), 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 2019 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 10 декабря 2018 г. №1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2019 и 2020 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 18.11.2014г. №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 Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (совместное письмо от 21 ноября 2018 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и, протокол заседания от 12 ноября 2018 года № 66/11/15), инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев, и подходами к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 г. №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», постановлением Правительства Республики Мордовия от 28.12.2018 г. № 625 «О Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее Программа), 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 на оплату медицинской помощи рассматриваются и устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из установленных Программой средних нормативов. Порядок, сроки подготовки, рассмотрения и утверждения Тарифного соглашения определены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», порядка и сроков подготовки и типовая форма заключения Федерального фонда обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования». Решением Комиссии является заключенное тарифное соглашение после согласования его с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

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;

-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, угрозу его жизни и здоровью.

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.

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 2019 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.

При распределении объемов медицинской помощи учитываются:

система маршрутизации пациентов с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей региона, а также сроков ожидания оказания медицинской помощи;

возможность оказания медицинскими организациями медицинской помощи в соответствии с лицензионными требованиями;

соответствие объемов медицинской помощи, заявленной

медицинскими организациями при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, мощностным характеристикам медицинских организаций (койки, должности, медицинское оборудование и т.д.);

соответствие деятельности медицинских организаций требованиям эффективности, стандартам;

сведения страховых медицинских организаций о числе застрахованных лиц, их потребности в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты;

сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования, включающие:

а) показатели (в том числе мощность коечного фонда в разрезе профилей, мощность медицинской организации (структурного подразделения), оказывающей медицинскую помощь, в разрезе профилей и специальностей, фактически выполненные за предыдущий год, объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных групп заболеваний (клинико-статистических групп заболеваний) по детскому и взрослому населения, а также объемы их финансирования и другие), установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинской организации по выполнению объемов медицинской помощи в разрезе видов, профилей отделений (коек), врачебных специальностей в соответствии с правом на их осуществление;

б) данные о половозрастном составе и численности прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;

в) показатели, подтверждающие возможность медицинских организаций оказать диагностические услуги (для медицинских организаций, оказывающих только отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление);

г) показатели, установленные решением Комиссии, подтверждающие возможность медицинских организаций дополнительно оказывать отдельные диагностические услуги (для медицинских организаций, оказывающих в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление);

д) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, клинко-профильных групп заболеваний (клинко-статистических групп заболеваний детского и взрослого населения).

В рамках территориальной программы ОМС среднемесячный объем оказания медицинской помощи медицинской организацией устанавливается в размере 1/12 годового объема, с учетом отклонений на основании фактических показателей сезонной заболеваемости, и без учета объемов медицинской помощи, оказанной жителям других субъектов РФ в медицинских организациях Республики Мордовия. Суммарный среднемесячный 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 2019 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 – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутри городского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие, в том числе, специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры (кожно-венерологический, онкологический);

третий уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению 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.

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 (совместное письмо от 21 ноября 2018 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и, и протокол заседания от 12 ноября 2018 года №66/11/15).

В структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в части расходов на заработную плату включено:

-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 медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

-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 2019 год устанавливается в размере 3 683,98 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами и на софинансирование расходов медицинских

организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала), исходя из общей численности застрахованного населения Республики Мордовия по состоянию на 01.01.2018 года 775505 человек и общих расходов на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2019 год в сумме 3 124 140,60 тыс. рублей.

ФО = ОС - МТРаиб – НЗСамб, где:

ОС – 3 124 140,60 тыс. рублей - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, который рассчитывается как произведение норматива объема амбулаторной медицинской помощи на одно застрахованное лицо, численности застрахованных лиц и норматива финансовых затрат на 1 посещение/обращение;

ФО – 2 856 945,21 тыс. рублей - финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями на территории Республики Мордовия и оплачиваемой за посещение/обращение, по подушевому нормативу, за исключением средств:

- предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов по амбулаторной медицинской помощи (МТРаиб) – 45 169,05 тыс. рублей;

- направляемых на формирование нормированного страхового запаса (НЗСамб) территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату амбулаторной медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи и на софинансирование расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала –222 026,3 тыс.рублей (167663,4 +54 362,9) 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: по диспансерному наблюдению, 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.

в) разовые посещения в связи с заболеванием.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим

осмотром, патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

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).

Обращение по поводу заболевания (кроме длительных случаев лечения) формируется из посещений врачей одной специальности, исключение составляют случаи, когда обращение начато педиатром (терапевтом) или врачом-специалистом, а продолжено фельдшером или врачом общей практики (или наоборот) в рамках одной медицинской организации. В данном случае на оплату предъявляется обращение по тарифу специалиста, закрывшего обращение. В остальных случаях консультации специалистов по поводу заболевания формируются в отдельное обращение.

В случае прерванного лечения заболевания в амбулаторных условиях (при однократном посещении) по инициативе пациента, медицинского работника и в иных случаях применяется тариф за посещение с профилактическими и иными целями.

При длительном лечении (более одного месяца) в амбулаторных условиях отдельных нозологических форм заболеваний в рамках острого периода заболевания (травмы, перенесенные состояния ОКС, ОНМК, послеоперационные состояния), а также при наблюдении за беременными, формируются реестры счетов и оплата оказанной медицинской помощи за конкретный отчетный период (помесячно), как за обращение по поводу заболевания (при наличии двух или более посещений в текущем месяце). В случаях, если в рамках законченного случая лечения заболевания были разовые посещения пациента к врачам других специальностей, в том числе выполненные в соответствии со стандартами /протоколами/ клиническими рекомендациями, указанные посещения формируются в реестрах счетов и оплачиваются по стоимости посещений с профилактическими и иными целями соответствующих врачебных специальностей при обязательном оформлении отдельных талонов на каждое 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.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи больным хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

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 клиничко-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 клиничко-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 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; единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления; медицинскими работниками образовательных организаций.

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 по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. Среднее количество УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 2,7 УЕТ, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 8,5 УЕТ.

За счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета Республики Мордовия осуществляется:

-предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ) в патологоанатомических отделениях многопрофильных

медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, (при этом финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования);

-финансовое обеспечение транспортировки тел умерших, включая их доставку из медицинских организаций в патолого - анатомические отделения медицинских организаций (бюро судебно-медицинской экспертизы);

-обеспечение туберкулином и диаскин-тестами в целях проведения туберкулинодиагностики;

-обеспечение иммунобиологическими препаратами (вакцинами и сыворотками) в целях проведения профилактических прививок в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

- проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

Финансовое обеспечение проведения медицинского осмотра и, при необходимости, медицинского обследования перед профилактическими прививками при осуществлении иммунопрофилактики, а также оказания медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Обследование женщин в период беременности, предусмотренное Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н

(зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г. № 27960), в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, а генетическое обследование беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций – за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

9. В 2019 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 всех видов диспансеризации и профилактических осмотров, посещений Центров здоровья, расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях, а также отдельных видов медицинских услуг в 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 все врачи – специалисты, за исключением - врача – сурдолог.

Для расчета финансирования ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №1» по подушевому принципу учитывается численность детского населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к данной медицинской организации, а также численность детского населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ РМ «Кочкуровская поликлиника». 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 н «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 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).

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

В случае невозможности осуществления медицинской организацией отдельных видов лабораторных исследований, необходимых застрахованному лицу при получении амбулаторной/стационарной/стационарозамещающей помощи, данные исследования проводятся на базе другой медицинской организации (независимо от формы собственности) и подлежат оплате на основании заключенного между ними договора и/или страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, централизованной лабораторией составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату лабораторных услуг, оказанных централизованными лабораториями, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для

медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных централизованной лаборатории за выполнение лабораторных исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

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 оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

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

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды (годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста), предусмотренные приложением 11 за исключением:

1) маммографии для женщин в возрасте от 51 года до 69 лет и исследования кала на скрытую кровь для граждан в возрасте от 49 до 73 лет, которые проводятся 1 раз в 2 года;

2) диспансеризации, проводимой ежегодно вне зависимости от возраста в отношении отдельных категорий граждан, включая:

а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

б) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

При проведении первого этапа диспансеризации взрослого населения, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «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 завершенный 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, согласно Приложения 11 настоящего Тарифного Соглашения.

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 10.08.2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», оплата производится за законченный случай.

Профилактический осмотр является завершённым в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включённых согласно Приложения 12 настоящего Тарифного Соглашения.

Законченным случаем осмотра несовершеннолетних считается случай профилактического осмотра детей первых 3-х лет по достижению календарного месяца, то есть осмотр должен быть проведён 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 проведён до или после даты рождения.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесённые в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесённые в медицинскую

документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

Объем оказанных медицинских услуг при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних 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 ТФОМС Республики Мордовия ежеквартально не позднее 10 числа первого месяца отчетного квартала (Приложение 16 к настоящему Тарифному соглашению).

Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

11. Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату услуг диализа, в соответствии с Приложением 10.1 к Тарифному соглашению, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа.

В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в

течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца).

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

В случае выполнения диализа в условиях круглосуточного стационара при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, дополнительно к стоимости КСГ осуществляется оплата услуги диализа.

Базовый тариф на оплату диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») составляет 5 977,20 рублей. При оплате других услуг диализа (гемодиализация, гемофильтрация крови продленная, перитонеальный диализ и т.д.) применяются коэффициенты относительной затратоемкости представленные в Приложения 10.1 к настоящему Тарифному Соглашению.

3.2. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях.

12. 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 (совместное письмо от 21 ноября 2018 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и, протокол заседания от 12 ноября 2018 года № 66/11/15).

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 2019 год составляет 4 031,17 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Мордовии и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2018 года в количестве 775505 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в сумме 4 339 791,30 тыс. рублей (с учетом медицинской реабилитации и высокотехнологичной медицинской помощи).

13. 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 13.10.2017 г. №804н.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-емкость лечения пациентов:

а. Диагноз (код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем,

связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10));

б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура));

в. Схема лекарственного лечения;

г. МНН лекарственного препарата;

д. Возрастная категория пациента;

е. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

ж. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

з. Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

и. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

к. Пол;

л. Длительность лечения.

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

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС);

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (БС)) устанавливается на 2019 год

настоящим Тарифным соглашением в размере 21 825,31 рублей, и рассчитывается по формуле:

$$BC = \frac{\Phi O}{(Ч_{сл} * СПК)}$$

СПК рассчитывается по формуле:
$$СПК = \frac{\sum(K3_i \times ПК_i \times КД_i)}{Ч_{сл}}$$

Значение СПК установлен на уровне 1,15 с целью учета прогнозируемого роста средней сложности пролеченных пациентов как признака улучшения обоснованности госпитализаций.

$\Phi O = OC - МТРстац - НЗСстац - ВМПстац$, где

OC – 4 339 791,30 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;

ΦO – 3 126 192,02 тыс. рублей - финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями на территории Республики Мордовия и оплачиваемой по КСГ (КПГ), за исключением средств:

- предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов по стационарной медицинской помощи (МТРстац) – 424 239,04 тыс. рублей (8135 случаев);

- направляемых на формирование нормированного страхового запаса (НЗСстац) территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату стационарной медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи – 397 306,4 тыс. рублей.

- направляемых на оплату объемов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП стац) -392 053,86 тыс. (2582 случаев)

СПК - 1,15 средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ, предусматривающий удорожание средней стоимости пролеченного пациента;

$Ч_{сл}$ – 124 554 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 (за период 2016-2018 годы) в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010г. № 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:

$$СС_{сл} = БС * ПК, \text{ где}$$

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

$КЗ_{КСГ}$ - коэффициент относительной затратноёмкости 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 $КУ_{КСГ}$, $КУ_{СМО}$, $КСЛП$), где:

$КУ_{СМО}$ - 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);

$KU_{КСГ}$ - 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.

14. 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:

$KU_{КСГ}$ - 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.

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

$KUC_{МО}$ - 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, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Для медицинских организаций первого уровня оказания медицинской помощи коэффициент $KUC_{МО}$ 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 и 3 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).

| № | Случаи, для которых установлен КСЛП |
|----|---|
| 1 | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года)* |
| 2 | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4) |
| 3 | Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний) |
| 4 | Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра)** |
| 5 | Сложность лечения пациента при наличии у него старческой астении*** |
| 6 | Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (Приложение 22) |
| 7 | Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям |
| 8 | Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (перечень возможных сочетаний КСГ представлен в Приложении 28) |
| 9 | Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (Приложение 7) |
| 10 | Проведение сочетанных хирургических вмешательств (Приложение 20) |
| 11 | Проведение однотипных операций на парных органах (Приложение 21) |
| 12 | Проведение I этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I-II этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I-III этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл) (Приложение 7) |
| 13 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов****(Приложение 7) |
| 14 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) (Приложение 7) |

| | |
|----|---|
| 15 | Проведение полного цикла экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбрионов в полость матки (без криоконсервации эмбриона) |
| 16 | Проведение I-III этапа (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл) |

<*> Кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»

<*> Кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

<***> Применяется в случае госпитализации на геронтологические профильные койки пациента с основным диагнозом, относящимся к другому профилю

<****> В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки.

Коэффициенты сложности лечения пациента учитываются при расчете стоимости пребывания пациента в круглосуточном стационаре, в стационаре дневного пребывания. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации (в том числе пребывания пациента в реанимации и/или проведением процедуры ЭКМО (экстракорпоральной мембранной оксигенации) с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

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 (КПП).

Порядок оплаты прерванных и сверхкоротких случаев лечения.

15. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся

случаи 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в таблице.

Круглосуточный стационар

| | |
|----------|---|
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортным исходом |
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st03.002 | Ангioneвротический отек, анафилактический шок |
| st05.006 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые* |
| st05.007 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые* |
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе* |
| st05.009 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы* |
| st05.010 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети* |
| st05.011 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети* |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)* |

| | |
|----------|---|
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)* |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)* |
| st19.028 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)* |
| st19.029 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)* |
| st19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)* |
| st19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)* |
| st19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)* |
| st19.033 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)* |
| st19.034 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)* |
| st19.035 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)* |
| st19.036 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)* |

| | |
|----------|--|
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина* |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов* |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

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

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ
или КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ
или КПП.

**Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают
хирургическое лечение или тромболитическую терапию**

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st02.013 | Операции на женских половых органах (уровень 4) |
| st09.001 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) |
| st09.002 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2) |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4) |
| st09.005 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1) |
| st09.006 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2) |
| st09.007 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3) |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5) |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6) |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети (уровень 1) |
| st10.004 | Аппендэктомия, дети (уровень 2) |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| st10.006 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 2) |
| st10.007 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 3) |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.003 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2) |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| st14.003 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3) |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) |
| st16.007 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1) |
| st16.008 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2) |
| st16.009 | Операции на периферической нервной системе (уровень 1) |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2) |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| st18.002 | Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа |
| st19.001 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.002 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.003 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3) |
| st19.004 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.005 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.006 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1) |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.008 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3) |
| st19.009 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| st19.010 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| st19.011 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3) |
| st19.012 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1) |
| st19.013 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2) |
| st19.014 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1) |
| st19.015 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2) |
| st19.016 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1) |
| st19.017 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2) |
| st19.018 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1) |
| st19.019 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2) |
| st19.020 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3) |
| st19.021 | Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости |
| st19.022 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях |
| st19.023 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.024 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.025 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1) |
| st19.026 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2) |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.007 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3) |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st24.004 | Ревматические болезни сердца (уровень 2) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st25.005 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1) |
| st25.006 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2) |
| st25.007 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3) |
| st25.008 | Операции на сосудах (уровень 1) |
| st25.009 | Операции на сосудах (уровень 2) |
| st25.010 | Операции на сосудах (уровень 3) |
| st25.011 | Операции на сосудах (уровень 4) |
| st25.012 | Операции на сосудах (уровень 5) |
| st27.007 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2) |
| st27.009 | Другие болезни сердца (уровень 2) |
| st28.002 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1) |
| st28.003 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2) |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3) |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4) |
| st29.008 | Эндопротезирование суставов |
| st29.009 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| st29.010 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| st29.011 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3) |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4) |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| st30.007 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2) |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3) |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4) |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st30.013 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4) |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5) |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6) |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.003 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) |
| st31.004 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3) |
| st31.005 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4) |
| st31.006 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1) |
| st31.007 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2) |
| st31.008 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3) |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1) |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2) |
| st31.015 | Остеомиелит (уровень 3) |
| st31.019 | Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований) |
| st32.001 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1) |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) |
| st32.003 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3) |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4) |
| st32.005 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1) |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| st32.008 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1) |
| st32.009 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2) |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3) |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st32.017 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) |
| st32.018 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3) |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st34.003 | Операции на органах полости рта (уровень 2) |
| st34.004 | Операции на органах полости рта (уровень 3) |
| st34.005 | Операции на органах полости рта (уровень 4) |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ или КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ или КПГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), 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.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара

(например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением за исключением случаев:

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.

При этом, для данных случаев, оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

Применение КСЛП для оплаты случаев сверхдлительного пребывания.

16. 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 |
|----------|------------------------------|
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| st17.002 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| st17.003 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| st29.007 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| st33.007 | Ожоги (уровень 5) |

Формирование КСГ акушерско-гинекологического профиля.

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

Отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из трех услуг:

- B01.001.006 Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом;

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

- B02.001.002 Ведение физиологических родов акушеркой.

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью».

Акушерские манипуляции, операции, не используется в группировке в связи с нецелесообразностью их использования как основного критерия отнесения к конкретной КСГ (расширение шейного канала, поворот плода за ножку наложение акушерских щипцов и т.д)

При выполнении операции кесарева сечения (А16.20.005 «Кесарево сечение») случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза.

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4) отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

18. Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001-st37.013 и к КСГ ds37.001-ds37.008 также применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ):

| од | Расшифровка классификационного критерия |
|----|---|
| b2 | 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |
| b3 | 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |
| b4 | 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |
| b5 | 5 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |
| b6 | 6 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), применяемая для взрослых и детей представлена в Приложении 29.

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с установленной маршрутизацией; при оценке 4-6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях.

Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

19. Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещенных на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (cr.rosminzdrav.ru).

Стоимость случаев лекарственной терапии включает, в том числе, нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также сопутствующую терапию для коррекции нежелательных явлений

(например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии. В случаях применения sh903 и sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

Оплата случаев высокотехнологической медицинской помощи (ВМП)

20. Применение методов высокотехнологичной медицинской помощи (по Перечню, раздела 1 Постановления Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. №1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 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 осуществляется при условии оформления и закрытия Талона на оказание ВМП, с применением специализированной информационной системы, в соответствии с положениями приказа Минздрава России от 29.12.2014г. №930н (ред. от 27.08.2015г.) «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Расчет (определение) стоимости лечения в круглосуточном стационаре производится на дату окончания лечения (выписки)

пациента. Если дата поступления в круглосуточный стационар и дата выписки одна и та же, то фактическое количество дней лечения равно 1.

3.3 Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара.

21. 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 2019 год составляет 947,45 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Мордовии и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя их численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2018 года в количестве 775505 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в сумме 926 333,40 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:

1. Основные классификационные критерии:

а. Диагноз (код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» (далее – МКБ 10));

б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг,

утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура));

- в. Схема лекарственного лечения;
- г. МНН лекарственного препарата;
- д. Возрастная категория пациента;
- е. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- ж. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;
- з. Длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;
- и. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- к. Пол;
- л. Длительность лечения.

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 2019 год настоящим Тарифным соглашением в размере 12 885,80 рублей, и рассчитывается по формуле:

$$BC_{\text{дн}} = \frac{\Phi O_{\text{дн}}}{(\text{Чсл}_{\text{дн}} * \text{СПК}_{\text{дн}})}$$

$\Phi O_{\text{дн}} = \text{ОС}_{\text{дн}} - \text{МТР}_{\text{дн}} - \text{НСЗ}_{\text{дн}}$, где,

$\text{ОС}_{\text{дн}}$ – 926 333,40 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;

$\Phi O_{\text{дн}}$ – 734 748,43 тыс. рублей - финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями на территории Республики Мордовия и оплачиваемой по КСГ (КПГ), за исключением средств:

- предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов по стационарозамещающей медицинской помощи (МТР_{дн}) – 14 897,62 тыс. рублей (564 случая лечения);

- направляемых на формирование нормированного страхового запаса (НСЗ_{дн}) территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату стационарозамещающей медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи – 176 687,4 тыс. рублей.

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

$\text{Чсл}_{\text{дн}}$ - 47517 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:

$$СС_{слдн} = БС_{дн} * КЗ_{кcgдн} * ПК, \text{ где}$$

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

$КЗ_{кcgдн}$ - коэффициент относительной затроемкости 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_{кcgдн}, КУ_{смодн}, КСЛПдн);

$КУ_{смодн}$ - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент, определяется на основании отнесения медицинской организации к уровню оказания медицинской помощи, за исключением медицинской помощи по профилю «Онкология», «Детская онкология», а также процедур экстракорпорального оплодотворения и лечения с применением генно-инженерных препаратов.

$КУ_{кcgдн}$ - 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 в соответствии с Приложением 7.

При оплате лечения в условиях дневного стационара отнесение случая к КСГ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ 10. Исключением является искусственное прерывание беременности- аборт (O04), которое относится к КСГ ds02.006.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. Длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день, данные случаи оказываются в амбулаторных условиях.

Порядок оплаты прерванных случаев лечения в дневном стационаре.

22. 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) при котором пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплачивается в размере 90% от стоимости для данной

КСГ, если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ не проводилось, случай оплачивается в размере 80% от стоимости КСГ.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения:

| | |
|----------|---|
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный |
| ds05.003 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые* |
| ds05.004 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые* |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе* |
| ds05.006 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы* |
| ds05.007 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети* |
| ds15.002 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)* |
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)* |
| ds19.018 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)* |
| ds19.019 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)* |
| ds19.020 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)* |
| ds19.021 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)* |
| ds19.022 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)* |
| ds19.023 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)* |
| ds19.024 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)* |

| | |
|----------|--|
| ds19.025 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)* |
| ds19.026 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)* |
| ds19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)* |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина* |
| ds36.004 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов* |

Оплата лечения в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с КСГ - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую 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.

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

3.4 Скорая медицинская помощь.

24. 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 2019 год составляет 646,97 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Мордовии и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2018 года в количестве 775505 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в сумме 538 356,70 тыс. рублей (с учетом применения тромболитической терапии на догоспитальном этапе).

$FO = OC - MTR_{\text{скор}} - HCZ_{\text{скор}}$, где:

OC – 538 356,70 тыс. рублей - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, который

рассчитывается как произведение норматива объема скорой медицинской помощи на одно застрахованное лицо, численности застрахованных лиц и норматива финансовых затрат на 1 вызов;

ФО – 501 726,59 тыс. рублей - финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой в условиях скорой медицинской помощи медицинскими организациями на территории Республики Мордовия и оплачиваемой за вызов, по подушевому нормативу, за исключением средств:

- предназначенных для осуществления межтерриториальных расчетов по скорой медицинской помощи (МТРскор) – 15 694,29 тыс. рублей (4875 вызовов);

- направляемых на формирование нормированного страхового запаса (НЗСскор) территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату скорой медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи – 20 935,8 тыс. рублей.

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.

25. 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:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(ФО_{СР}^{СМП} * Ч_3 - ОС_В)}{Ч_3}, \text{ где}$$

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;

Ч₃ – 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:

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

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;

$T_{\text{подскор}}$ - 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).

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.

26. 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

1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

3) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Случаи оказанной медицинской помощи оплачиваются по тарифам, действующим на момент оказания медицинской помощи на дату завершения лечения.

При оплате медицинских осмотров несовершеннолетних в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», 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.

27. Оплата проведения консилиумов (онкологических, гепатологических, пульмонологических), осуществляется в соответствии с тарифами установленными Приложением 10 к настоящему Тарифному Соглашению.

28. Оплата услуг по привлечению врачей-специалистов для оказания консультативной помощи из сторонних медицинских организаций осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов.

29. 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 Приложениями 10, 13) 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 (согласно Приложениями 10, 13).

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

31. 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.

32. Страховыми медицинскими организациями оплата выполненных объемов медицинской помощи производится в пределах установленных объемов и стоимости медицинской помощи, определенных решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия.

5. Особенности использования средств медицинского страхования медицинскими организациями.

33. Медицинская организация, осуществляющая свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, ведет отдельный 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.

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

35. 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.

36. 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 стационарного случая лечения и случая оказания амбулаторно-поликлинической помощи случаи оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в различных медицинских организациях Республики Мордовия в этот период не подлежат оплате, кроме: дня поступления и выписки из стационара, иммуногистохимические исследования, эзофагогастродуоденоскопия с аутофлуоресцентной и ультразвуковой диагностикой, толстокишечной эндоскопии с аутофлуоресцентной диагностикой, аутофлуоресцентной трахеобронхоскопии, консультаций в других медицинских организациях, при проведении процедуры гемодиализа, гемодиализации и перитонеального диализа, плазмофереза, обследование с применением радионуклидного метода в «Гамма-камере», а также ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста, компьютерной томографии, компьютерной томографии с применением контраста в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия от 14.09.2012 № 827 «О рациональном использовании магнитно-резонансной томографической аппаратуры и компьютерной томографической аппаратуры» (с изменениями от 08.06.2018 года № 688) по решению врачебной комиссии направляющей медицинской организации в другую медицинскую организацию.

При пересечении сроков стационарного случая лечения и вызова скорой медицинской помощи к пациенту, находящемуся вне медицинской организации, отклонению от оплаты подлежит случай стационарного лечения (по результатам проведенной медико-экономической экспертизы).

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.

При пересечении сроков лечения стационарного случая и процедуры экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара, процедура экстракорпорального оплодотворения в этот период подлежит оплате. По стационарному случаю лечения должна быть проведена медико-экономическая экспертиза, и при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

37. 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:

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

H - 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 (H) рассчитывается по формуле:

$$H = PT * K_{\text{но}}, \text{ где}$$

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

$K_{\text{но}}$ - 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:

$$C_{\text{шт}} = RP * K_{\text{шт}}, \text{ где}$$

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

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

Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия на 2019 год в расчете на одно застрахованное лицо устанавливается

Постановлением Правительства РМ от 28.12.2018 года № 625 «О Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов».

38. 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 4.6.1.

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 (данные нарушения связаны с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, выявляемые на этапе медико-экономического контроля) и не применяется при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

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, случаев 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.

39. Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2019 года по согласованию со всеми заинтересованными сторонами. Срок действия Тарифного соглашения - с 01 января 2019 года по 31 декабря 2019 года.

40. 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 3 «Тарифы обязательного медицинского страхования на медицинские услуги, оказываемые в дневных стационарах медицинскими организациями Республики Мордовия по КСГ»;

-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 не имеющими прикрепленного населения в амбулаторных условиях»;

- Приложение 10.1 «Тарифы на диализ, оказываемые медицинскими организациями»;
- -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 «Тарифы на отдельные виды медицинских услуг, для взаиморасчетов между медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории Республики Мордовия»;
- 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»;

- Приложение 27 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной и скорой медицинской помощи».

- Приложение 28 «Виды противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ».

- Приложение 29 «Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для взрослых и детей».

От Министерства здравоохранения
Республики Мордовия:

Председатель комиссии
Первый заместитель Министра
здравоохранения Республики
Мордовия

Е.А. Степанова

_____» _____ 2018г.

Начальник планово-финансового
отдела

И.В. Алексеева

_____» _____ 2018г.

От Ассоциации врачей Мордовии:

Председатель правления
Мордовской республиканской
общественной организации
«Ассоциация врачей Мордовии» _____
« _____ » _____ 2018г. А.Н. Пинямаскин

Главный врач ГБУЗ РМ
«Мордовская республиканская
центральная клиническая больница» _____
« _____ » _____ 2018г. С.В. Ладяев

От страховых медицинских
организаций

Директор Мордовского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед» _____
« _____ » _____ 2018г. С.Н. Серебрякова

Директор филиала ООО «Капитал
Страхование» в Республике
Мордовия _____
« _____ » _____ 2018г. О.Н. Солдатова

Председатель Мордовской
республиканской организации
профсоюза работников
здравоохранения Российской
Федерации, заместитель
Председателя Комиссии _____
« _____ » _____ 2018г. Л.Б. Гукова

Правовой инспектор труда ЦК
Профсоюза работников
здравоохранения РФ по Республике
Мордовия _____
« _____ » _____ 2018г. И.А. Шукшина

Начальник отдела организации ОМС
ТФОМС Республики Мордовия

« _____ » _____ 2018г.

Г.А. Борисова

Заместитель директора ТФОМС
Республики Мордовия, секретарь
Комиссии

« _____ » _____ 2018г.

Е.В. Пронькина