

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования
на территории Республики Мордовия на 2025 год

31 января 2025 года

1. Общие положения.

1. Министерство здравоохранения Республики Мордовия, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия (далее – ТФОМС Республики Мордовия, Фонд), Мордовская республиканская общественная организация «Ассоциация врачей Мордовии», страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия в 2025 году, именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее–326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее–323-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н (далее - Правила ОМС), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 28 января 2025 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 31-2/115 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №00-10-26-2-06/965, протокол заседания от 24.10.2024 № 90/31-2/550), информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2024 №31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы», проекта постановления Правительства Республики Мордовия «О Республиканской

территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 202 и 2027 годов» в целях организации оплаты медицинских услуг, оказываемых 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 штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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 от 12.02.2021 №80н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы». 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 21.11.2011 № 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. 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 (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Оплата углубленной диспансеризации у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в течение года после заболевания, включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания осуществляется по тарифам согласно Приложению 24 к настоящему Тарифному соглашению.

В рамках I этапа углубленной диспансеризации проводятся:

измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови) – за комплексное посещение;

тест с 6 минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода в крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у граждан жалоб на одышку, отеки которые появились впервые или повысилась их интенсивность) – за единицу объема оказания медицинской помощи;

определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – за единицу объема оказания медицинской помощи;

в рамках II этапа углубленной диспансеризации:

проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой) - за единицу объема оказания медицинской помощи;

проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой) - за единицу объема оказания медицинской помощи;

дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови)- за единицу объема оказания медицинской помощи.

б) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных настоящим Тарифным соглашением, в том числе в сочетании с

оплатой за услугу диализа;

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

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

4. 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты, указанным в разделе 2 настоящего Тарифного соглашения, в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5. 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 структурных подразделений 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 (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

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

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь, (за исключением высокотехнологичной) 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.

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в медицинских организациях разного уровня коэффициент уровня медицинской организации при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара коэффициент уровня (КУС) устанавливается в размере «1».

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.

6. 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 2025 год устанавливается в размере 7 796,20 рублей, исходя из общей численности застрахованного населения Республики Мордовия по состоянию на 01.01.2024 года 690 024 человека и общих расходов на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2025 год в сумме 5 379 542,80 тыс. рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами).

Базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц на 2025 год – 63,90 рублей.

Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» в 2025 году составляют:

- профилактические медицинские осмотры – 2 620,50 рублей;
- диспансеризация – 3 202,70 рублей;
- посещения с иными целями – 372,10 рублей;
- обращения в связи с заболеванием – 2 203,20 рублей;
- посещения в неотложной форме – 983,60 рублей;
- отдельные диагностические исследования, в том числе:
- компьютерная томография – 3 438,90 рублей;
- магнитно-резонансная томография – 4 695,50 рублей;
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 694,40 рублей;
- эндоскопические диагностические исследования – 1 273,30 рублей;

- молекулярно-генетические исследования – 10 693,20 рублей;
 - патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 637,10 рублей;
 - ПЭТ/КТ при онкологических заболеваниях – 35 414,40 рублей;
 - ОФЭКТ/КТ – 4 859,60 рублей;
 - школа для больных с хроническими заболеваниями – 1 430,40 рублей,
- в том числе:
- школа сахарного диабета – 1 324,40 рублей;
 - диспансерное наблюдение – 2 661,10 рублей, в том числе:
 - диспансерное наблюдение по поводу:
 - онкологических заболеваний – 3 757,10 рублей;
 - сахарного диабета – 1 418,50 рублей;
 - болезней системы кровообращения – 3 154,30 рублей;
 - посещения с профилактическими целями центров здоровья – 2 318,80 рублей.

7. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2025 год установлен Приложением 23 к настоящему Тарифному соглашению с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Размер финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2025 год:

- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, - 1 442,90 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, - 2 885,80 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, - 3 430,60 тыс. рублей.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров

полномочия по работе с такими женщинами осуществляются медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения, согласно Приложению 23.

8. При формировании учетно-отчетных форм в системе ОМС и реестров счетов, предъявляемых к оплате, учет первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказанной фельдшерами, акушерками, ведущими самостоятельный прием на фельдшерско-акушерском пункте, осуществляется в количестве посещений с иными целями или обращений по заболеванию с тарифом «0» рублей, за исключением межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, осуществляемых в соответствии с Приложением 6. Если при посещении фельдшерско-акушерского пункта застрахованному по ОМС лицу одновременно выполняется и лечебно-диагностическая процедура учету подлежит одно посещение с иными целями или обращение.

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

- посещение;
- обращение по поводу заболевания;
- лечебно-диагностические услуги (исследования) в соответствии с

Приложением 9 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 том числе населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья;

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: 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;

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. 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 6 к настоящему Тарифному Соглашению с указанием всех 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 при осложнении беременности, 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, иначе посещение объединяется со следующим месяцем). 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 и дифференцируется, по уровню оказания амбулаторной медицинской помощи.

Проведение в амбулаторных условиях диспансерного наблюдения в больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития исключается из подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение, согласно Приложению 33 к настоящему Тарифному Соглашению.

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 (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования, патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии и другие в соответствии с Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению).

Проведение патологоанатомических вскрытий (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а так же мертворожденных плодов), в патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний, включенных в Территориальную программу ОМС, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патологоанатомических вскрытий пациентов в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патологоанатомическое отделение, оплата патологоанатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам, предусмотренным в приложении №22 к настоящему Тарифному соглашению, для проведения межучрежденческих взаиморасчетов.

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

Оплата проведения консилиумов/комиссий (онкологических, гепатологических, пульмонологических), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными Приложением 6 к настоящему Тарифному Соглашению (при проведении консилиума вне медицинской организации,

где больной проходит специализированное стационарное лечение или в амбулаторных условиях).

Комплексное посещение с профилактическими целями Центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема, единицей объема является комплексное посещение. Стоимость комплексного посещения, перечень услуг и время оказания медицинской помощи Центрами здоровья представлены в приложении №36 к настоящему Тарифному соглашению.

Для учета 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 7 к настоящему Тарифному Соглашению.

Стоматологическая медицинская помощь 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 – 4,2 УЕТ.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

При оказании стоматологической помощи должен соблюдаться принцип максимальной санации рта за одно посещение.

9. 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 20.10.2020 №1130н (зарегистрирован Минюстом России 12.11.2020 №60689), в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях Перинатального центра ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

10. Оплата на основе подушевого принципа финансирования рассчитывается на одного прикрепившегося к медицинской организации застрахованного для получения первичной медико-санитарной помощи.

В соответствии с п. 139 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 №108н 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 коэффициенты половозрастного состава. Для определения коэффициентов половозрастного состава численность застрахованных лиц в Республике Мордовия распределяется на следующие половозрастные группы (Приложение 20 к настоящему Тарифному Соглашению):

- ноль-один год мужчины/женщины;
- один год-четыре года мужчины/женщины;
- пять лет-семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет-шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Подушевое финансирование применяется в части оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население (за исключением неотложной медицинской помощи, профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации, диспансерного наблюдения, посещений Центров здоровья, расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях, лечебно-диагностических услуг (исследований), согласно Приложению 9 к настоящему Тарифному Соглашению, содержания фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов согласно Приложения 23), 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.

Проведение по направлению лечащего врача консультирования медицинским психологом пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования медицинским включается в подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Проведение по направлению лечащего врача консультирования медицинским психологом пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования медицинским в рамках межтерриториальных расчетов осуществляется согласно приложению 6 к 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 6 к настоящему Тарифному Соглашению. Расходы на лабораторные услуги и инструментальные исследования, диагностические услуги включены в тариф медицинских специальностей за посещение/обращение.

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 6 к настоящему Тарифному Соглашению.

Оказание неотложной помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении круглосуточного стационара с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации.

11. Тариф неотложной помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении круглосуточного стационара с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациента до 6 часов без последующей госпитализации применяется в случае пребывания пациента приемном/приемно-диагностическом отделении

круглосуточного стационара до 6 часов без последующей госпитализации и оказания неотложной медицинской помощи, выполнения дополнительных лабораторно-инструментальных методов исследования и динамического наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Оплата данного вида медицинской помощи осуществляется за единицу объема по тарифу, согласно Приложению №6 к настоящему Тарифному соглашению.

Посещения приемного покоя с последующей госпитализацией в одной медицинской организации оплате не подлежат.

В случае необходимости дополнительного проведения КТ/МРТ-исследования, данная услуга подлежит оплате по тарифу согласно Приложению №9 к настоящему Тарифному соглашению.

Оказание медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами территории Республики Мордовия.

12. Оплата первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной в плановой форме гражданам, застрахованным по ОМС за пределами территории Республики Мордовия в рамках базовой программы ОМС осуществляется при наличии прикрепления (принятия гражданина на медицинское обслуживание) к выбранной медицинской организации.

Оплата специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи оказанной в плановой форме гражданам, застрахованным по ОМС за пределами территории Республики Мордовия в рамках базовой программы ОМС осуществляется при наличии прикрепления (принятия гражданина на медицинское обслуживание) к выбранной медицинской организации и по направлению на оказание специализированной медицинской помощи, выданному ему лечащим врачом данной медицинской организации.

Выбор гражданином медицинской организации осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

**Оплата по подушевому финансированию
с учетом показателей результативности деятельности
медицинской организации.**

13. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

Ежемесячный объем финансирования медицинских организаций по подушевому принципу рассчитывается как произведение численности прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца и тарифа на основе подушевого норматива финансирования - по следующей формуле:

$$ОФ_{max} = A_{рез} \times (N_i \times T_{под}) + 0,90 \times N_i \times T_{под}, \text{ где}$$

$ОФ_{max}$ – 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.

0,90 (90%) доля подушевого норматива финансирования, направляемого в медицинские организации без учета выполнения показателей результативности деятельности, согласно приложению 27 к настоящему Тарифному соглашению;

$A_{рез}$ - доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности, значение

$A_{рез} \leq 0,10$ (10%), рассчитывается согласно приложению 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения по подушевому финансированию рассчитывается ежемесячно на основании утвержденного тарифа на основе подушевого норматива финансирования и выполнения показателей результативности деятельности медицинской организации.

Показатели результативности деятельности медицинской организации оценивают смертность прикрепленного населения, эффективность проведения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения по детскому и взрослому населению, оказание акушерско-гинекологической помощи.

Источником информации для расчета показателей являются персонифицированные реестры оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, а также данные Министерства здравоохранения Республики Мордовия.

Размер средств, направляемых на осуществление выплат стимулирующего характера всем медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за выполнение показателей результативности, в 2025 году составляет 63 353,7 тыс. рублей на квартал или 0,10 процентов от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи (7,65 руб. в месяц на 1 застрахованное лицо). Направление финансовых средств в медицинские организации осуществляется по итогам года.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года (включительно) и включается в счет за декабрь.

Перечень показателей результативности медицинских организаций при выполнении Территориальной программы обязательного медицинского страхования, финансируемых по подушевому нормативу финансирования, перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций, и порядок применения показателей результативности и расчета объема средств, направляемых в медицинские организации по итогам оценки достижения показателей результативности деятельности медицинских организаций, представлен в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению,

Значения показателей результативности деятельности медицинских организаций для конкретных организаций установлены в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью выплат стимулирующего характера, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования на основании данных, представленных в ее адрес:

ТФОМС Республики Мордовия об исполнении показателей результативности, по п.п. 1- 5, 7- 14, 16 Блока 1, по п.п. 2 - 7 Блока 2, по п. 3-

5 Блока 3, представленных в приложениях №27, № 32 к настоящему Тарифному соглашению;

Каждый показатель, включенный в Блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов по каждому Блоку составляет: Блок 1(взрослое население) - 19 баллов, Блок 2 (детское население) - 7 баллов, Блок 3(женское население) - 6 баллов.

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

С учетом фактического выполнения показателей, медицинское организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Решением Комиссии устанавливаются:

-перечень медицинских организаций, достигших целевых значений показателей результативности по Блокам 1, 2, 3, установленных приложениями №27, №32 к настоящему Тарифному соглашению;

-общий объем средств, подлежащий направлению каждой медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности, в том числе по принадлежности страхования застрахованных лиц.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения показателей результативности деятельности медицинских организаций, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций, выполнивших не менее 40% показателей результативности (то есть набравших не менее 40% от максимального количества баллов для данной медицинской организации) с учетом численности прикрепленного населения.

$$OC_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times OC_{РД}^j}{\sum Числ_i^j}, \text{ где:}$$

$OC_{РД(нас)}^j$ – объем средств, используемый при распределении 70% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленного, рублей;

$OC_{РД}^j$ – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Числ_i^j$ – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации, выполнившей не менее 40% показателей результативности, человек.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период:

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес}1} + \text{Ч}_{\text{мес}2} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес}11} + \text{Ч}_{\text{мес}12}}{12}, \text{ где:}$$

$\text{Ч}_{\text{мес}}$ среднегодовая численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации в j -м году, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}1}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j -го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}2}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за j -тым, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}11}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца j -го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}12}$ численность прикрепленного населения к i -той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца j -го года, человек.

Объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию, выполнившую не менее 40% показателей результативности, за j -тый период при распределении 70% от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j = \text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j \times \text{Числ}_i^j.$$

2 часть – распределение 30% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций, выполнивших не менее 60% показателей результативности (то есть набравших не менее 60% от максимального количества баллов для данной медицинской организации) с учетом количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j = \frac{0,3 \times \text{ОС}_{\text{РД}}^j}{\sum \text{Балл}_i^j}, \text{ где:}$$

$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j$ – объем средств, используемый при распределении 30% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$\text{ОС}_{\text{РД}}^j$ – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, рублей;

Балл_i^j – количество баллов, набранных в j -м периоде i -той медицинской организацией, выполнившей не менее 60% показателей

результативности, баллов.

Объем средств, направляемый в i -ю медицинскую организацию, выполнившую не менее 60% показателей результативности, за j -тый период при распределении 30% от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}^j$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(балл)}^j = ОС_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j.$$

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на выплаты по итогам достижения показателей результативности в медицинскую организацию за j -тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, и для медицинских организаций, выполнивших менее 40% показателей результативности за j -тый период, равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

Стимулирующие выплаты медицинским работникам конкретных медицинских организаций за достижение показателей результативности устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами,

содержащими нормы трудового права и регулируемыми системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования и осуществляются по итогам полугодия.

14. 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 (за исключением фельдшерско-акушерских пунктов);

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

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

- оплату медицинских услуг, оказанных в Центрах здоровья;

- оплату отдельных медицинских услуг по тарифам;

- оплату медицинской помощи, оказанной в неотложной форме;

- средства, полученные по нормативу финансирования структурного подразделения (при наличии фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);

- 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, стоимость единицы услуги (прием врача) 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.

Оплата медицинской помощи производится ежемесячно, в установленном порядке, после проведения медико-экономического контроля (МЭК), с учетом результатов 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.

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

-обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам – специалистам, включающие расходы, связанные с проведением необходимых лабораторных и диагностических исследований, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры (за исключением школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школ сахарного диабета), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями

посещения с профилактическими и иными целями, в том числе разовые посещения в связи с заболеванием, включающие расходы, связанные с проведением необходимых лабораторных и диагностических исследований, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры (за исключением школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями

-оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

-проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых не осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

-медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;

-медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц;

-стоматологическая медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях,

-отдельные диагностические (лабораторные) исследования - компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/КТ, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

-посещения Центров здоровья (для проведения комплексного обследования и для динамического наблюдения);

-комплексные посещения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом;

-неотложная медицинская помощь;

-услуги диализа, проводимые в амбулаторных условиях;

-проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и взрослого населения;

-проведение диспансеризации взрослого населения (1-2 этапы);

-проведение углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (1-2 этапы);

-комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»;

-проведение диспансерного наблюдения;

-финансирование фельдшерско-акушерских пунктов.

15. Проведение профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках диспансеризации, включая диспансеризацию лиц репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп населения», от 10.08.2017 №514н «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21.04.2022 №275н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и

детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью».

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), установлены Приложением №24 к настоящему Тарифному Соглашению.

Тарифы на оплату профилактических осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включая диспансеризацию лиц репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья, установлены Приложениями №10, 11, 25 к настоящему Тарифному Соглашению.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения), в том числе населению репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с частью 4 статьи 46 Федерального закона № 323-ФЗ.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

Диспансеризация проводится:

- 1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;
- 2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также 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);

г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением № 2 к Порядку проведения диспансеризации «Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний» (далее - Онкоскрининг).

При проведении застрахованному лицу 1 и 2 этапа диспансеризации представление медицинскими организациями электронных реестров счетов 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 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» оплата производится за законченный случай.

При проведении медицинских осмотров несовершеннолетних, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», оплата производится за законченный случай.

Профилактические осмотры несовершеннолетних проводятся медицинскими организациями в год достижения ребенком соответствующего

возраста, указанного в перечне исследований. Профилактический осмотр несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения всех исследований, включенных согласно Приложению 11 настоящего Тарифного Соглашения

Законченным случаем осмотра несовершеннолетних считается случай профилактического осмотра детей первых 2-х лет по достижению календарного месяца, то есть осмотр должен быть проведен после дня достижения возраста. В возрасте от 3-х лет до 17 лет – законченным случаем считается случай профилактического осмотра в календарный год, независимо от месяца рождения, то есть осмотр может быть проведен до или после даты рождения.

Для несовершеннолетних лиц в возрасте 17-ти лет допускается прохождение профилактического медицинского осмотра в год восемнадцатилетия, до даты достижения возраста «18 лет», в случае не прохождения ими профилактического осмотра в объеме, соответствующим семнадцатилетнему возрасту, ранее.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные 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), внесенные 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 объемы оказания амбулаторно-поликлинической помощи, установленные Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Республики Мордовия.

Сведения о застрахованных лицах, включенных в списки для проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (с учетом пола и возраста) формируются на основании данных, внесенных медицинскими организациями в автоматизированную информационную систему «ИМЦ

ТФОМС Республики Мордовия» (АИС «ИМЦ ТФОМСРМ»).

16. Финансовое обеспечение диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован в Минюсте России 21 апреля 2022 г. №68288), Минздрава России от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, в объеме не менее, предусмотренных порядками проведения диспансерного наблюдения от 15 марта 2022 г. №168н, от 16.05.2019 № 302н.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения устанавливаются дифференцировано в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение согласно Приложению 33 к настоящему Тарифному Соглашению.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом-терапевтом, врачом специалистом, врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, врачом общей практики (семейным врачом) включает:

- 1) оценку состояния лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;

- 2) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);

- 3) оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния здоровья, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению;

- 4) проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил

действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи;

5) назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового).

Наличие медицинских показаний для проведения диспансерного наблюдения, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), длительность диспансерного наблюдения, объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

При проведении диспансерного наблюдения учитываются рекомендации врачей-специалистов, содержащиеся в медицинской документации пациента/несовершеннолетнего, в том числе вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях, а также проведенного профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения несовершеннолетних, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также состояния здоровья несовершеннолетнего, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-специалистом (по профилю заболевания (состояния) несовершеннолетнего) включает:

- 1) оценку состояния несовершеннолетнего, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных, инструментальных и иных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение профилактического консультирования, включающего рекомендации по индивидуальным особенностям здорового образа жизни при заболевании, которым страдает несовершеннолетний;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая направление несовершеннолетнего в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в центр здоровья для детей для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
- б) разъяснение несовершеннолетнему с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также его законному представителю правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у-04)/в медицинскую документацию несовершеннолетнего, а также в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», за исключением случаев заполнения контрольных карт на заболевания по профилям онкология, дерматология, стоматология и ортодонтия, и других случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за лицами с отдельными заболеваниями или состояниями (группами заболеваний или состояний).

Для диспансерных больных - обязательно наличие эпикриза взятия на диспансерный учет и плана лечебно-профилактических мероприятий на год. В годовых эпикризах и записях диспансерного осмотра отражается динамика, выполнение плана реабилитации и результат (ухудшение - выход на инвалидность, улучшение, без перемен).

Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

17. Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату услуг диализа, в соответствии с Приложением 8 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, обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

При оказании медицинской помощи пациентам в части диализа в стационарных условиях – оплата осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При проведении гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру гемодиализа и день обмена перитонеального диализа. Базовый тариф на оплату диализа:

код услуги А18.05.002 - «Гемодиализ» - 5 702,20 рублей,

код услуги А18.30.001 – «Перитонеальный диализ» - 4 455,50 рублей.

При оплате других услуг диализа (гемодиафильтрация, гемофильтрация крови продленная, перитонеальный диализ и т.д.) применяются коэффициенты относительной затратно-емкости представленные в Приложении 8 к настоящему Тарифному Соглашению.

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 оплачиваются:

А18.05.002.001 Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный

А18.05.011 Гемодиафильтрация

А18.05.002.005 Гемодиализ продолжительный

А18.05.003.002 Гемофильтрация крови продолжительная

А18.05.011.002 Гемодиафильтрация продолжительная

А18.30.001 Перитонеальный диализ

А18.30.001.002 Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий.

Медицинская реабилитация в амбулаторно –поликлинических условиях.

18. Лечение по профилю медицинская реабилитация в амбулаторно – поликлинических условиях проводится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию

на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, или по направлению лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах.

Мероприятия по медицинской реабилитации на амбулаторном этапе проводятся не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.

При реализации мероприятий по медицинской реабилитации осуществляется формирование и реализация индивидуального плана медицинской реабилитации (далее - ИПМР). По завершении курса медицинской реабилитации составляется заключение (реабилитационный эпикриз), содержащее реабилитационный диагноз, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации и оплачивается согласно приложению №31 к настоящему Тарифному соглашению.

Обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - это законченный случай лечения в амбулаторно-поликлинических условиях с кратностью посещений не менее 12 по поводу одного заболевания в одном комплексном посещении, включающем посещения к врачам – специалистам и услуги, оказываемые средним медицинским персоналом, в том числе медицинской сестрой по физиотерапии, медицинской сестрой по массажу, инструктором по лечебной физкультуре, медицинской сестрой процедурной.

Медицинская помощь пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, том числе с сахарным диабетом.

19. Медицинская помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Оплата комплексных посещений школ для пациентов с хроническими

неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования - за единицу объема (комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий, а также проверку дневников самоконтроля), в соответствии с Приложением 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Учет случаев посещений школы пациентов с хроническими инфекционными заболеваниями (взрослые) осуществляется медицинской организацией по форме учета выполнения медицинской услуги В04.047.099 – «Школа для пациентов с хроническими инфекционными заболеваниями» для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с внесением соответствующих данных в первичную медицинскую документацию (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях,) и реестр счетов на оплату медицинской помощи за отчетный месяц.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия «О маршрутизации населения при оказании медицинской помощи по профилю «эндокринология» и «детская эндокринология» для прохождения терапевтического обучения в «Школе для пациентов с сахарным диабетом», оплата посещений школы сахарного диабета (взрослые, дети) осуществляется за единицу объема медицинской помощи (одно занятие) в группе пациентов (до 10 пациентов в группе) вне подушевого норматива финансирования, по стоимости согласно Приложению 28 к настоящему Тарифному Соглашению.

Для детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа первичное обучение осуществляется в условиях круглосуточного стационара. Повторное обучение проводится каждый год.

Учет случаев посещений школы сахарного диабета (взрослые, дети) осуществляется медицинской организацией по форме учета выполнения медицинской услуги В04.012.001 – «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с внесением соответствующих данных в первичную медицинскую документацию (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, историю болезни пациента круглосуточного стационара) и реестр счетов на оплату медицинской помощи за отчетный месяц.

Медицинская помощь в Центрах здоровья.

20. Комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования

первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Стоимость комплексного посещения центров здоровья, перечень услуг, время оказания медицинской помощи центрами здоровья установлены Приложением 36 к настоящему Тарифному соглашению.

Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания

№ п/п	Мероприятие	Время (мин.)
1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования	25
2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ	10
3	Анкетирование пациента по вопросам питания	10
4	Проведение биоимпедансометрии	3
5	Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии)	2
6	Проведение динамометрии	2
7	Проведение исследования при помощи смеклайзера	3
8	Проведение спирометрии	3
9	Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана	2
10	Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение	10
11	Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение	10
12	Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением	10

3.2. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях.

21. 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.

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 2025 год составляет 8 594,0 рубля (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике

Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2024 года в количестве 690 024 человека и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в сумме 5 930 076,50 тыс. рублей (с учетом медицинской реабилитации и высокотехнологичной медицинской помощи).

21. 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 Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

- а. Диагноз (код по 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), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- в. Схема лекарственного лечения;
- г. Международное непатентованное наименование (далее – 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; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- з. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭКГ-

мониторинга);

и. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

к. Пол;

л. Длительность лечения;

м. Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

н. Показания к применению лекарственного препарата;

о. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

п. Степень тяжести заболевания;

р. Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Перечень классификационных критериев отнесения случаев лечения к КСГ (за исключением схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)) установлен Приложением 30.

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 2025 год настоящим Тарифным соглашением в размере 32 120,12 рублей.

Частота случаев госпитализации по каждой медицинской организации, каждой КСГ, каждой возрастной группе определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета (за период 2021-2023 годы) в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом

запланированных изменений структуры госпитализаций, в том числе в рамках уточнения схем маршрутизации пациентов.

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

22. При оплате стационарной помощи по законченному случаю на основе клинико-статистических групп применяются следующие коэффициенты:

$КС_{КСГ}$ - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации. $КС_{КСГ}$ применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи в Республике Мордовия.

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

Для медицинских организаций первого уровня оказания медицинской помощи коэффициент $КУС_{МО}$ устанавливается в размере 0,9; для медицинских организаций второго уровня 1,05 (подуровня 2.1 – 1,05, для подуровня 2.2. – 1,1), для медицинских организаций третьего уровня оказания медицинской помощи - 1,25 (приложения 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 4 к настоящему Тарифному Соглашению). В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких $КСЛП$, итоговое значение $КСЛП$ рассчитывается путем суммирования соответствующих $КСЛП$.

Коэффициент сложности лечения пациента учитываются при расчете стоимости пребывания пациента в круглосуточном стационаре, в стационаре дневного пребывания.

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.

Порядок оплаты прерванных и сверхкоротких случаев лечения в круглосуточном стационаре.

23. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных в расшифровке клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (*расшифровщик КСГ размещен в электронном виде на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия в сети Интернет*).

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения в круглосуточном стационаре до 3 дней включительно

Код КСГ	Наименование КСГ
В стационарных условиях	
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)
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)
st03.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе <*>
st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети <*>
st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st12.002	Кишечные инфекции, дети
st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые
st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети
st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.163	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
st19.164	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
st19.165	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
st19.166	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
st19.167	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>

Код КСГ	Наименование КСГ
st19.168	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
st19.169	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
st19.170	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
st19.171	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
st19.172	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>
st19.173	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
st19.174	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
st19.175	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
st19.176	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) <*>
st19.177	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) <*>
st19.178	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) <*>
st19.179	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) <*>
st19.180	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) <*>
st19.181	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) <*>
st19.082	Лучевая терапия (уровень 8)
st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
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)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st21.010	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 1)

Код КСГ	Наименование КСГ
st21.011	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 2)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
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)
st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
st36.020	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 1)
st36.021	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 2)
st36.022	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 3)
st36.023	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 4)
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
st36.024	Радиойодтерапия
st36.025	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
st36.026	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
st36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) <*>
st36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) <*>
st36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) <*>
st36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) <*>
st36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) <*>
st36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) <*>
st36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) <*>
st36.035	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) <*>

Код КСГ	Наименование КСГ
st36.036	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) <*>
st36.037	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) <*>
st36.038	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) <*>
st36.039	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) <*>
st36.040	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) <*>
st36.041	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) <*>
st36.042	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) <*>
st36.043	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) <*>
st36.044	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) <*>
st36.045	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) <*>
st36.046	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) <*>
st36.047	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) <*>
st36.048	Досуточная госпитализация в диагностических целях

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

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

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство 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)
st02.015	Операции на женских половых органах (уровень 5)
st02.016	Операции на женских половых органах (уровень 6)
st02.017	Операции на женских половых органах (уровень 7)
st02.014	Слингвые операции при недержании мочи
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)
st09.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)
st10.001	Детская хирургия (уровень 1)
st10.002	Детская хирургия (уровень 2)
st10.003	Аппендэктомия, дети
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)
st10.008	Другие операции на органах брюшной полости, дети
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st13.008	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)
st13.009	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)
st13.010	Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)
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)
st14.004	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
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)
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 и поджелудочной железы (уровень 1)
st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (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

№ КСГ	Наименование КСГ
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)
st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)
st19.038	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
st19.104	Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях
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)
st20.007	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)
st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
st21.010	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
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)
st25.013	Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)
st25.014	Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)
st25.015	Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)

№ КСГ	Наименование КСГ
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)
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
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)
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)
st30.016	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)
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)

№ КСГ	Наименование КСГ
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
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)
st32.019	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)
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)
st32.020	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)
st32.021	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)
st33.005	Ожоги (уровень 3)
st33.006	Ожоги (уровень 4)
st33.007	Ожоги (уровень 5)
st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции
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

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

1. при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), 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 оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления

перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

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

3. 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;

4. этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

5. проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. 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:

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

7. наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

10. в случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

Для случаев исключения, 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.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При направлении (перевode) пациента на лечение по профилю «Медицинская реабилитация» после получения специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи в условиях круглосуточного стационара, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, в медицинскую организацию, согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Мордовия, случай лечения при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи, в условиях круглосуточного стационара считается законченным и подлежит оплате по соответствующим КСГ и(или) ВМП.

Формирование КСГ акушерско-гинекологического профиля.

25. 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 следующих 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
A16.20.007	Пластика шейки матки
A16.20.015	Восстановление тазового дна
A16.20.023	Восстановление влагалищной стенки
A16.20.024	Реконструкция влагалища

A16.20.030	Восстановление вульвы и промежности
------------	-------------------------------------

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 (A16.20.005 «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».

Формирование КСГ по профилю медицинская реабилитация.

26. 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):

Код	Расшифровка классификационного критерия
b2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
rb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации
	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации

rb4	
rb5	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации
rb6	6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации
rbb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
rbb3	3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
rbb4	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина
rbb5	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденных приказом Минздрава России от 31.07.2020 №788н (Приложение №26 к настоящему Тарифному соглашению).

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 первого этапа реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе и головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения,

оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

При завершении пациентом лечения в условиях стационара и при наличии у него медицинских показаний к продолжению медицинской реабилитации в условиях дневного стационара или в амбулаторных условиях по месту жительства медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь, оформляет пациенту рекомендации по дальнейшему прохождению медицинской реабилитации, содержащие перечень рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации.

Оплата случаев высокотехнологической медицинской помощи (ВМП).

27. Применение методов высокотехнологичной медицинской помощи (по Перечню, раздела 1 Постановления Правительства Российской Федерации от 28.12.2024 №1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»), медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия осуществляется на основании имеющихся лицензий, в рамках доведенных объемов и финансового обеспечения медицинской помощи, установленными Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС, в соответствии с установленными нормативами финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи, согласно Приложению 12 к настоящему Тарифному Соглашению.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП согласно Приложению 12 к настоящему Тарифному соглашению, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной

медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в размере «1» в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1 группа – 37%; 2 группа – 43%; 3 группа – 18%; 4 группа – 19%; 5 группа – 25%; 6 – 34%; 7 группа – 8%; 8 группа – 54%; 9 группа – 37%; 10 группа – 52%; 11 группа – 31%; 12 группа – 28%; 13 группа – 22%; 14 группа – 20%; 15 группа – 19%; 16 группа – 41%; 17 группа – 32%; 18 группа – 2%; 19 группа – 24%; 20 группа – 33%; 21 группа – 30%; 22 группа – 59%; 23 группа – 40%; 24 группа – 26%; 25 группа – 41%; 26 группа – 39%; 27 группа – 38%; 28 группа – 29%; 29 группа – 23%; 30 группа – 48%; 31 группа – 39%; 32 группа – 38%; 33 группа – 27%; 34 группа – 9%; 35 группа – 42%; 36 группа – 25%; 37 группа – 37%; 38 группа – 24%; 39 группа – 22%; 40 группа – 33%; 41 группа – 22%; 42 группа – 45%; 43 группа – 39%; 44 группа – 58%; 45 группа – 50%; 46 группа – 37%; 47 группа – 16%; 48 группа – 13%; 49 группа – 11%; 50 группа – 9%; 51 группа – 8%; 52 группа – 7%; 53 группа – 20%; 54 группа – 17%; 55 группа – 41%; 56 группа – 19%; 57 группа – 56%; 58 группа – 21%; 59 группа – 13%; 60 группа – 17%; 61 группа – 12%; 62 группа – 13%; 63 группа – 4%; 64 группа – 2%; 65 группа – 12%; 66 группа – 8 %; 67 группа – 47%; 68 группа – 20%; 69 группа – 17%; 70 группа – 27%; 71 группа – 3%; 72 группа – 25%; 73 группа – 48%; 74 группа – 10%; 75 группа – 15%; 76-я группа – 12%; 77 группа – 17%; 78 группа – 45%; 79 группа – 32%; 80 группа – 35%; 81 группа – 18%; 82 группа – 23%; 83 группа – 30%; 84 группа – 30%; 85 группа – 13%; 86 группа – 35%; 87 группа – 19%; 88 группа – 35%.

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 Министерства здравоохранения РФ от 2.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

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 выбытия одна и та же, то фактическое количество дней лечения равно 1.

Применение телемедицинских технологий.

28. Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи в Республике Мордовия являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

Консультация (консультативный прием) с применением информационных технологий - процесс оказания консультативной услуги врачом-консультантом (консилиумом врачей) медицинской организации третьего уровня оказания медицинской помощи врачу медицинской организации первого, второго или третьего уровня, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, на основании персонифицированной медицинской информации о пациенте (данные анамнеза, диагностических и лабораторных исследований), передаваемой по защищенным электронным каналам связи сети Vip-net.

Дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой может проводиться в режиме реального времени и в режиме отсроченной консультации, в том числе с участием нескольких специалистов.

По результатам проведения дистанционной консультации врач-консультант оформляет заключение (протокол консилиума врачей) и по защищенному каналу связи направляет его в медицинскую организацию, запросившую телемедицинскую консультацию. Порядок проведения и цели дистанционных консультаций (консилиумов) определяются приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия.

Финансовое обеспечение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к

указанной медицинской организации) - в рамках подушевого норматива финансирования;

- в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население (при оказании медицинской помощи застрахованному лицу, прикрепленному к иной медицинской организации) - в рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено указанное застрахованное лицо.

- тарифы на оплату медицинских услуг с применением телемедицинских технологий для проведения расчетов в рамках договоров о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями заключенных на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации между медицинскими организациями преимущественно 1-го и 2-го уровня (имеющими прикрепленное население, или в которых проходит лечение пациент), и медицинскими организациями 3-го уровня представлены в Приложении 22 к настоящему Тарифному соглашению.

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

3.3 Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара.

29. 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 2025 год составляет 1 990,50 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя их численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2024 года в количестве 690 024 человека и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в сумме 1 373 490,50 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 по 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. Международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;
 - д. Возрастная категория пациента;
 - е. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
 - и. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
 - к. Пол;
 - л. Длительность лечения;
 - м. Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
 - н. Показания к применению лекарственного препарата;
 - о. Степень тяжести заболевания.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка $БС_{дн}$) устанавливается на 2025 год настоящим Тарифным соглашением в размере 17 622,0 рубля.

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. Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре по КСГ приведена в Приложении 3 к настоящему Тарифному Соглашению.

При оплате стационарозамещающей помощи по законченному случаю на основе клинико-статистических групп применяется КСЛП_{дн}-коэффициент сложности лечения пациентов в дневном стационаре, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, устанавливаемый в отдельных случаях в соответствии с Приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению.

При проведении экстракорпорального оплодотворения хранение

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

Порядок оплаты прерванных случаев лечения в дневном стационаре.

30. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в дневном стационаре относятся

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных в расшифровке клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (*расшифровщик КСГ размещен в электронном виде на официальном сайте Территориального*

фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия в сети Интернет).

**Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения
в дневном стационаре до 3 дней включительно**

Код КСГ	Наименование КСГ
В условиях дневного стационара	
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds02.008	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе <*>
ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети <*>
ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети <*>
ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети <*>
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) <*>
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) <*>
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ (только для федеральных медицинских организаций)
ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования
ds19.135	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) <*>
ds19.136	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) <*>
ds19.137	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) <*>
ds19.138	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) <*>
ds19.139	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) <*>
ds19.140	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) <*>
ds19.141	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) <*>
ds19.142	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) <*>
ds19.143	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) <*>
ds19.144	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) <*>

Код КСГ	Наименование КСГ
ds19.145	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11) <*>
ds19.146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12) <*>
ds19.147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13) <*>
ds19.148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 14) <*>
ds19.149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) <*>
ds19.150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) <*>
ds19.151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) <*>
ds19.152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) <*>
ds19.153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) <*>
ds19.154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 20) <*>
ds19.155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 21) <*>
ds19.156	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 22) <*>
ds19.057	Лучевая терапия (уровень 8)
ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)
ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
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)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds21.008	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 1)
ds21.009	Интравитреальное введение лекарственных препаратов (уровень 2)
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)

Код КСГ	Наименование КСГ
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>
ds36.011	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций)
ds36.012	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)
ds36.013	Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)
ds36.015	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1) <*>
ds36.016	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 2) <*>
ds36.017	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 3) <*>
ds36.018	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 4) <*>
ds36.019	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 5) <*>
ds36.020	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 6) <*>
ds36.021	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 7) <*>
ds36.022	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 8) <*>
ds36.023	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 9) <*>
ds36.024	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 10) <*>
ds36.025	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 11) <*>
ds36.026	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 12) <*>
ds36.027	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 13) <*>
ds36.028	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 14) <*>
ds36.029	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 15) <*>
ds36.030	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16) <*>
ds36.031	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 17) <*>
ds36.032	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 18) <*>
ds36.033	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 19) <*>
ds36.034	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 20) <*>
ds36.035	Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмофильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

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

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

№ КСГ	Наименование КСГ
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.003	Операции на женских половых органах (уровень 1)
ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2)
ds09.001	Операции на мужских половых органах, дети
ds09.002	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети
ds10.001	Операции по поводу грыж, дети
ds13.002	Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов
ds14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
ds14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)
ds16.002	Операции на периферической нервной системе
ds18.003	Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа
ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)
ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)
ds19.028	Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
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

№ КСГ	Наименование КСГ
	(уровень 2)
ds20.004	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)
ds20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
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)
ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)
ds21.008	Интравитреальное введение лекарственных препаратов
ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
ds25.002	Операции на сосудах (уровень 1)
ds25.003	Операции на сосудах (уровень 2)
ds28.001	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения
ds29.001	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)
ds29.002	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)
ds29.003	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)
ds30.002	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
ds30.003	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)
ds30.004	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
ds30.005	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
ds30.006	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
ds31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
ds31.003	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)
ds31.004	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)
ds31.005	Операции на органах кроветворения и иммунной системы
ds31.006	Операции на молочной железе
ds32.001	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)
ds32.002	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)
ds32.003	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
ds32.004	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
ds32.005	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
ds32.006	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях
ds32.007	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
ds32.008	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds34.003	Операции на органах полости рта (уровень 2)

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.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше в условиях дневного и круглосуточного стационара.

31. При оказании медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Приложении 29;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» Приложении 29 при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

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

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной

терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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

3.4 Скорая медицинская помощь.

32. 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 2025 год составляет 1 213,80 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2024 года в количестве 690 024 человека и расчетного объема средств, направляемых на финансирование скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в сумме 837 574,80 тыс. рублей (с учетом применения тромболитической терапии на догоспитальном этапе).

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

32. Базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в месяц, оказываемой вне медицинской организации – 100,50 рублей включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

В случае проведения тромболитической терапии застрахованным по обязательному медицинскому страхованию граждан Республики Мордовия и застрахованным за пределами Республики Мордовия, дополнительно осуществляется оплата скорой медицинской помощи за вызов.

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:

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

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

$Ni_{\text{скор}}$ - 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.

Финансирование медицинских организаций (структурных подразделений), 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

Приложениях 17, 18 к настоящему Тарифному Соглашению, рассчитываемый с учетом следующих коэффициентов:

КД пв – коэффициентов половозрастного состава;

КДур – коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации);

КДпн - коэффициентов дифференциации;

КДзп - коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Республике Мордовия.

В перечень расходов на скорую медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включаются расходы на оказание всех видов скорой медицинской помощи, за исключением расходов на оказание скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии, за исключением на оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Республики Мордовия, оплата которой осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов.

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

5. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

33. Порядок контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи определяется приказом Минздрава России от 19.03.2021 №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

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

Все случаи инициации с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов подлежат медико-экономическому контролю, а при необходимости экспертизе качества медицинской помощи.

При пересечении сроков стационарного случая лечения, случая дневного стационара и случая оказания амбулаторно-поликлинической помощи случай оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в различных медицинских организациях Республики Мордовия в этот период не подлежит оплате, кроме: дня поступления и выписки из круглосуточного стационара/ дневного стационара, проведения иммуногистохимических исследований, магнитно-резонансной томографии консультаций(консилиумов) в других медицинских организациях, при проведении процедуры гемодиализа, гемодиализации и перитонеального диализа, плазмофереза, посещений школы сахарного диабета (взрослые/дети).

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 клинко-статистической группе без дополнительной оплаты за проведение ядерно-магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии.

При пересечении сроков лечения стационарного случая и процедуры экстракорпорального оплодотворения, лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов в условиях дневного стационара, процедура экстракорпорального оплодотворения, лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов в этот период подлежат оплате. По данным случаям лечения должна быть проведена медико-экономическая экспертиза, и при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-

санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

При выполнении КТ или МРТ нескольких анатомических зон с контрастированием в одно посещение (один день), тариф с контрастированием применяется для одной зоны, а для остальных – тариф без контрастирования.

При выполнении КТ нескольких анатомических зон без контрастирования в одно посещение (один день) тариф для второй, третьей и последующих анатомических зон устанавливается в размере 50% от тарифа первой анатомической зоны.

При оказании стационарной помощи, в случае невозможности осуществления медицинской организацией проведения компьютерной томографии/компьютерной томографии с применением контраста, ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста, необходимых застрахованному лицу в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основании клинических рекомендаций, данные исследования проводятся на базе другой медицинской организации (независимо от формы собственности), расходы на проведение компьютерной томографии/компьютерной томографии с применением контраста, ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста включены в стоимость законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской помощи по клинико-статистическим группам заболеваний. Оплата за проведение компьютерной томографии/компьютерной томографии ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста осуществляется на основании заключенного договора между медицинскими организациями согласно тарифу, установленного Приложением 9 Тарифного соглашения.

34. 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 16 к настоящему Тарифному соглашению и применяется на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

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

$$C = H + C_{шт}, \text{ где}$$

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

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

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением №16 к настоящему Тарифному соглашению):

$$H = PT \times K_{но}, \text{ где}$$

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - 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 16 к настоящему Тарифному Соглашению (далее - Перечень оснований).

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{но},$$

где:

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

PT_1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт}, \text{ где}$$

$C_{шт}$ - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением N 5 к настоящим Правилам, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи).

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи) составляют:

1. в амбулаторных условиях – 8 002,23 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС Республики Мордовия за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам;

2. при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – 1 244,94 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам;

3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 9 388,15 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам;

4. в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 2 114,98 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам.

35. 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 17, 21 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 6 настоящего Тарифного Соглашения.

Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения территориальным фондом медико-экономической экспертизы в соответствии с Приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

В случае назначения, по решению онкологического консилиума, схемы лекарственной противоопухолевой терапии с применением двух лекарственных препаратов и выполнения пациенту одного лекарственного

препарата в условиях круглосуточного/дневного стационара, приобретенного за счет средств ОМС, а второго лекарственного препарата, полученного по региональной/федеральной льготе, для приема в амбулаторных условиях на оплату предъявляется КСГ с применением одного лекарственного препарата (приобретенного за счет средств ОМС). При проведении контрольно-экспертных мероприятий уменьшение оплаты медицинской помощи по кодам дефектам, согласно приложению 16 к настоящему Тарифному соглашению, не подлежит. При этом включение в счет на оплату по КСГ лекарственных препаратов, полученных по региональной/федеральной льготе не допустимо.

6. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями.

36. Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) распределяются годовые объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на 2025 год, в пределах установленных территориальной программой ОМС Республики Мордовия.

Распределение объемов и финансового обеспечения утверждается протоколом заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия и не включается в состав настоящего Тарифного соглашения.

В 2025 году ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, в размере более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств обязательного медицинского страхования в 2024 году.

При распределении объемов медицинской помощи, в соответствии с Правилами ОМС 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 (приказы по маршрутизации пациентов Министерства здравоохранения Республики Мордовия на 2025 год, 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.);

сведения страховых медицинских организаций о численности застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2025 года, их половозрастной структуре и потребности в медицинской помощи, а также финансовых средствах для ее оплаты;

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

а) показатели медицинской организации (в том числе мощность коечного фонда в разрезе профилей), оказывающей медицинскую помощь, фактически выполненные за 2022-2024 годы объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп заболеваний по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования;

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

В рамках территориальной программы ОМС среднемесячный объем оказания медицинской помощи медицинской организацией устанавливается

в размере до 1/12 годового объема, с учетом отклонений на основании фактических показателей сезонной заболеваемости, а также с учетом объемов медицинской помощи, оказанной пациентам с новой коронавирусной инфекцией, пневмониями и т.д. (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 не может превышать годовой объем оказания медицинской помощи, установленный Комиссией для медицинской организации.

Объем финансового обеспечения распределяется для каждой медицинской организации на основании тарифов, установленных настоящим Тарифным соглашением и распределенных объемов оказания медицинской помощи.

В целях оказания специализированной медицинской помощи в рамках базовой (территориальной) программы обязательного медицинского страхования застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам (далее - застрахованные лица) Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия устанавливает планируемые объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи, а также допустимые (возможные) отклонения в процентах (абсолютных величинах) от установленных значений их исполнения (но не более 10 процентов, за исключением чрезвычайных ситуаций и рисков возникновения чрезвычайных ситуаций), на которые комиссиями может быть принято решение об увеличении объемов специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Ежеквартально Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия осуществляет оценку исполнения распределенных объемов медицинской помощи, проводит анализ остатков средств обязательного медицинского страхования на счетах медицинских организаций, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования. По результатам проведенной оценки и анализа в целях обеспечения доступности для застрахованных лиц медицинской помощи и недопущения формирования у медицинских организаций кредиторской задолженности комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляет при необходимости перераспределение объемов

медицинской помощи, а также принимает иные решения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинские организации представляют в ТФОМС Республики Мордовия персонифицированные счета и реестры счетов на оплату оказанной медицинской помощи, подписанные в установленном порядке, квалифицированными цифровыми подписями руководителя и главного бухгалтера.

Заключительные положения.

37. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу со дня его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2025 года. Срок действия Тарифного соглашения - с 01 января 2025 года по 31 декабря 2025 года.

34. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Главой или Правительством Республики Мордовия, решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

38. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

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 «Коэффициенты сложности лечения пациента»;

-Приложение 6 «Средняя длительность пребывания одного больного в стационаре (дней)»;

-Приложение 6 «Тарифы обязательного медицинского страхования граждан на медицинские услуги, оказываемые амбулаторно-поликлиническими отделениями (подразделениями) медицинских организаций Республики Мордовия (посещения, обращения, УЕТ)»;

-Приложение 7 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;

-Приложение 8 «Стоимость услуг диализа на территории Республики Мордовия»;

-Приложение 9 «Тарифы на лечебно-диагностические услуги (исследования), оказываемые медицинскими организациями Республики Мордовия в амбулаторных условиях»;

-Приложение 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

-Приложение 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

-Приложение 12 «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемых за счет средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями Республики Мордовия»;

-Приложение 13 «Виды сочетанных хирургических вмешательств»;

-Приложение 14 «Виды однотипных операций на парных органах»;

-Приложение 15 «Виды тяжелых сопутствующих патологий, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента»;

-Приложение 16 «Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»;

-Приложение 17 «Подушевое финансирование скорой медицинской помощи на одного застрахованного по ОМС гражданина»;

-Приложение 18 «Коэффициенты дифференциации по скорой медицинской помощи для медицинских организаций Республики Мордовия»;

-Приложение 19 «Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации Республики Мордовия лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек»;

- Приложение 20 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи»;

- Приложение 21 «Подушевые нормативы финансирования амбулаторной-поликлинической для медицинских организаций Республики Мордовия»;

- Приложение 22 «Тарифы для проведения межучебных расчетов»;

- Приложение 23 «Численность обслуживаемого населения, норматив финансирования структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерско-акушерских пунктов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия на 2025 год»;

- Приложение 24 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении углубленной диспансеризации»;

- Приложение 25 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках диспансеризации взрослого населения в рамках диспансеризации репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья»;

- Приложение 26 «Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для взрослых и детей»;

- Приложение 27 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении ТПОМС в

Республики Мордовия в части первичной (первичной-специализированной) медико-санитарной помощи»;

- Приложение 28 «Стоимость 1 занятия пациента в кабинете «Школа сахарного диабета»;

- Приложение 29 «Перечень схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)»;

- Приложение 30 «Перечень классификационных критериев отнесения случаев лечения к КСГ (за исключением схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей))»;

- Приложение 31 «Тарифы на обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях»;

- Приложение 32 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Республики Мордовия, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на 2025 год»;

- Приложение 33 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях»;

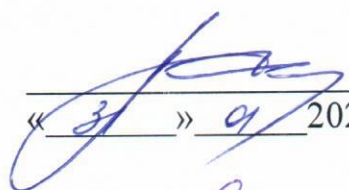
- Приложение 34 «Перечень схем генно-инженерной биологической лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи»;

- Приложение 35 «Перечень схем лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С для оплаты медицинской помощи»;

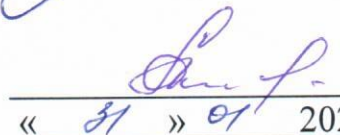
- Приложение 36 «Стоимость комплексного посещения, перечень услуг и время оказания медицинской помощи в Центре здоровья».

От Министерства здравоохранения
Республики Мордовия

Председатель комиссии
Первый заместитель Министра
здравоохранения Республики
Мордовия
Начальник планово-финансового
отдела


« 31 » 01 2025г.

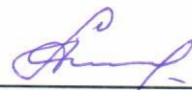
Е.А. Степанова


« 31 » 01 2025г.

И.В. Алексеева

От страховых медицинских

Начальник планово-финансового
отдела


« 31 » 01 2025г.

И.В. Алексеева

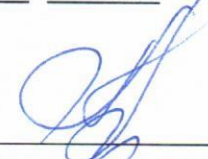
От страховых медицинских
организаций

Директор Мордовского филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»


« 31 » 01 2025г.

С.Н. Серебрякова

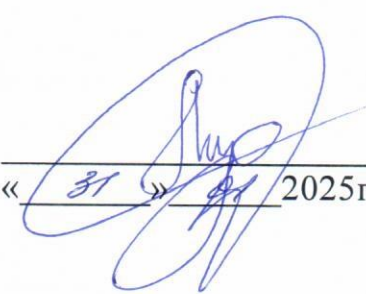
Директор филиала ООО «Капитал
Страхование» в Республике
Мордовия


« 31 » 01 2025г.

А.П.Аросланкина

От Ассоциации врачей Мордовии:

Председатель правления
Мордовской республиканской
общественной организации
«Ассоциация врачей Мордовии»


« 31 » 01 2025г.

А.Н.Пинямаскин

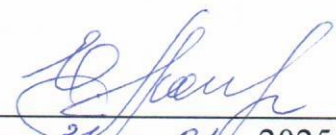
Главный врач ГБУЗ РМ
«Мордовская республиканская
центральная клиническая больница»


« 31 » 01 2025г.

С.В. Ладяев

От Территориального фонда ОМС
Республики Мордовия

Заместитель директора ТФОМС
Республики Мордовия


« 31 » 01 2025г.

Е.В. Пронькина

Начальник отдела организации ОМС
ТФОМС Республики Мордовия


« 31 » 01 2025г.

Н.В. Зинина