

Приложение № 1 к Дополнительному
соглашению № 4 к Тарифному
соглашению в системе ОМС
Республики Коми на 2017 год

Приложение № 1
к Тарифному соглашению в системе
обязательного медицинского
страхования Республики Коми
на 2017 год

**Порядок оплаты медицинской помощи
в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми**

I. Порядок оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми

1. Термины и определения

Задание медицинской организации – согласованные объемы медицинской помощи и финансовых средств, запланированные для медицинской организации в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования. Устанавливается решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми (далее – Комиссия по разработке ТП ОМС).

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости. Перечень клинико-статистических групп определяется в соответствии с рекомендациями Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний (подгруппа КСГ) - группа заболеваний, выделенная в составе КСГ заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости, отличный от коэффициента относительной затратноемкости по КСГ, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного (больного дневного стационара), являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (за исключением случаев, предусмотренных пунктами 2.2.1.4,

2.2.1.5, 2.2.1.7, 3.3 настоящего Порядка, образующих два случая госпитализации при ведении одной медицинской карты больного).

Прерванный случай госпитализации - это совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту по основному заболеванию в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и на основании стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи от момента поступления в медицинскую организацию до момента преждевременного прекращения показанного курса лечения:

- смерть пациента в течение суток с момента поступления;
- выписка из медицинской организации до окончания курса лечения в связи с отказом пациента от дальнейшего лечения и/или пребывания, оформленным в установленном порядке;
- выписка из медицинской организации до окончания курса лечения за нарушение предписанного режима пребывания,
- случай оказания вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) в количестве менее 7 пациенто-дней.

Отнесение конкретного случая госпитализации к прерванному осуществляется лечащим врачом и подтверждается первичной медицинской документацией, в том числе картой выбывшего из стационара, дневного стационара.

Сверхкороткие случаи госпитализации – случаи госпитализации, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее.

Сверхдлительные сроки госпитализации - случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением ряда КСГ (перечень представлен в Таблице 2 настоящего Порядка), для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней.

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования, с учетом других параметров, предусмотренных настоящим Порядком. Базовая ставка устанавливается Тарифным соглашением в системе

ОМС.

Коэффициент относительной затратоемкости – коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке. Устанавливается в соответствии с рекомендациями Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Коэффициент относительной затратоемкости подгруппы КСГ – коэффициент отражающий отношение затратоемкости с учетом дополнительных классификационных критериев подгруппы к утвержденной стоимости госпитализации (случая лечения) по КСГ.

Коэффициент дифференциации – коэффициент, учитывающий районный коэффициент и процентную надбавку к заработной плате за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, установленные для территории на которой оказываются медицинские услуги.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи. Устанавливается Тарифным соглашением.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами. Устанавливается Тарифным соглашением.

Корректирующий коэффициент – коэффициент, позволяющий корректировать стоимость (тариф) КСГ при прерванных, сверхкоротких и сверхдлительных случаях госпитализации. Устанавливается настоящим Порядком.

Коэффициент длительности – коэффициент, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов в профильных отделениях медицинских организаций для сверхдлительных случаев госпитализации. Устанавливается настоящим Порядком.

Поправочный коэффициент – устанавливаемый коэффициент на территориальном уровне в целях недопущения снижения уровня доступности и

качества оказания медицинской помощи застрахованным лицам, заработной платы работников медицинских организаций, во избежание социальной напряженности при переходе на модель КСГ, рекомендованную Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования. Устанавливается Тарифным соглашением.

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый:

- в стационаре - дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации,

- в условиях дневного стационара - оплата за услугу осуществляется при проведении диализа, при этом в целях статистического учета выполненных объемов за единицу объема (случай лечения) принимается один месяц лечения.

Оплата за услугу производится строго в соответствии с перечнем услуг, установленным Таблицей 3 пункта 4.4. настоящего Порядка.

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра.

Номенклатура медицинских услуг - перечень применяемых в здравоохранении медицинских услуг, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н «Об утверждении Номенклатуры медицинских услуг».

2. Оплата медицинской помощи по клинико-статистическим группам

2.1. Отнесение случая госпитализации к соответствующей КСГ

2.1.1. Перечни КСГ (подгрупп КСГ), распределение КСГ (подгрупп КСГ) по профилям медицинской деятельности и коэффициенты относительной затратноёмкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Приложение № 1 к настоящему Порядку), для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение № 2 к Порядку), правила отнесения случаев госпитализации к КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Приложения №№ 1.3, 1.4 к Порядку), для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

(Приложения №№ 2.3, 2.4 к настоящему Порядку) на основании МКБ – 10 и Номенклатуры медицинских услуг, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев установлены в соответствии с совместным письмом от 24.12.2015 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-9/10/2-7938 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 8089/21-и (с изменениями от 25.04.2016 г.) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования» и письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22.01.2016 г. № 362/21-3/и (с изменениями от 29.04.2016 г.) «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России N 11-9/10/2-7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015». Правила отнесения случаев госпитализации к подгруппам КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, аналогичны правилам отнесения к базовой КСГ (на основании соответствующих МКБ - 10 и Номенклатуры медицинских услуг) с учетом дополнительных классификационных критериев, установленных Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми.

2.1.2. Отнесение случаев госпитализации к КСГ осуществляется на основании совокупности основных и дополнительных параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

- а) основные классификационные критерии:
 - диагноз (код по МКБ-10);
 - хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код Номенклатуры медицинских услуг);
- б) дополнительные классификационные критерии:
 - код основного диагноза (при основном критерии группировки - код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);
 - сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
 - код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки - код диагноза);

- возраст пациента;
- пол пациента;
- длительность пребывания в стационаре.

2.1.3. При отсутствии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий по Номенклатуре медицинских услуг, которые относятся к классификационным критериям, отнесение случая госпитализации к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10 (приложения № 1.1, 2.1 к настоящему Порядку).

2.1.4. При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий по Номенклатуре медицинских услуг, которые относятся к классификационным критериям, отнесение случая госпитализации осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг (приложения № 1.2, 2.2 к настоящему Порядку).

2.1.5. Особенности отнесения случаев госпитализации к отдельным КСГ приведены в приложении № 3 к настоящему Порядку.

2.1.6. Отнесение случаев госпитализации к КСГ, требующим учёта возраста пациента, осуществляется согласно возрасту пациента на дату начала случая госпитализации.

2.2. Особенности формирования реестров счетов на оплату за случай госпитализации

2.2.1. В стационарных условиях:

2.2.1.1. День приема и день выписки пациента считается одним койко-днем.

2.2.1.2. В случае выписки (перевода) пациента из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию каждая медицинская организация оформляет счет на оплату случая госпитализации. При этом дата выписки (перевода) из одной медицинской организации может совпадать с датой поступления в другую медицинскую организацию.

2.2.1.3. В случаях перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое в стационарных условиях, а также в случаях перевода с койки круглосуточного стационара на койку дневного стационара, и наоборот, оплата производится в рамках одного случая госпитализации по КСГ с

наибольшей стоимостью лечения, за исключением случаев, указанных в п.2.2.1.4. - 2.2.1.7, 2.2.1.9.

Медицинская организация оформляет один счет на оплату случая госпитализации.

При переводе из одного отделения медицинской организации в другое в стационарных условиях в реестре счетов данный случай госпитализации отражается в разрезе профильных отделений, при этом сумма к оплате указывается в отделении, где применена КСГ с наибольшей стоимостью лечения. В случае одинаковой стоимости лечения сумма указывается в отделении с более поздним периодом лечения.

При переводе из одного отделения медицинской организации в другое со сменой условий оказания медицинской помощи в реестре счетов данный случай госпитализации формируется либо по круглосуточному стационару, либо по дневному стационару, по выбранному КСГ с наибольшей стоимостью лечения, при этом:

- период для случая госпитализации указывается в соответствии с выбранной КСГ;
- случай госпитализации отображается в разрезе профильных отделений вне зависимости от условий оказания медицинской помощи.

В случае одинаковой стоимости лечения сумма указывается в отделении с более поздним периодом лечения.

При проведении экспертиз учитывается общий период пребывания пациента в медицинской организации.

2.2.1.4. В случае перевода в экстренной форме пациента из отделения в отделение в пределах одной медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата осуществляется по двум КСГ.

Медицинская организация оформляет счета на оплату двух случаев госпитализации по двум КСГ, соответствующим оказанной медицинской помощи. При этом в реестре счетов по второму случаю госпитализации форма оказания медицинской помощи отражается как экстренная. По каждому

указанному случаю оплата должна быть подтверждена медико-экономической экспертизой, и, при необходимости, экспертизой качества медицинской помощи.

2.2.1.5. Особенности оформления счетов по случаям лечения пациентов на койках патологии беременности (профиль «акушерство и гинекология») с последующим переводом на койки беременных и рожениц (профиль «акушерство и гинекология») в пределах одной медицинской организации:

а) если длительность лечения на койках патологии беременности составляет менее 6 дней – медицинская организация оформляет один счет на оплату по КСГ, соответствующей медицинской помощи, оказанной на койках для беременных и рожениц;

б) если длительность лечения на койках патологии беременности составляет 6 дней и более - медицинская организация оформляет два счета на оплату двух случаев госпитализации по двум КСГ, соответствующим медицинской помощи, оказанной и на койках патологии беременности, и на койках для беременных и рожениц.

2.2.1.6. При оказании больному в период одной госпитализации высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи медицинская организация оформляет один счет на оплату одного случая госпитализации только высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением случаев, указанных в п.2.2.1.7., при этом сроки лечения указываются по общему периоду пребывания пациента в медицинской организации.

2.2.1.7. При оказании больному в период одной госпитализации высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи (в любой последовательности), обусловленных возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата осуществляется по высокотехнологичной медицинской помощи и КСГ, соответствующим оказанной медицинской помощи.

Медицинская организация оформляет два счета на оплату двух случаев госпитализации по высокотехнологичной медицинской помощи и КСГ, соответствующим оказанной специализированной медицинской помощи.

2.2.1.8. Случаи госпитализации по КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» могут быть поданы на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

2.2.1.9. Особенности оформления счетов по случаям лечения пациентов на койках сестринского ухода (профиль «акушерское дело») с последующим переводом на койки беременных и рожениц (профиль «акушерство и гинекология») в пределах одной медицинской организации:

а) если длительность лечения на койках сестринского ухода составляет три дня и менее – медицинская организация оформляет один счет на оплату по КСГ, соответствующей медицинской помощи, оказанной на койках для беременных и рожениц;

б) если длительность лечения на койках сестринского ухода более трёх дней - медицинская организация оформляет два счета на оплату двух случаев госпитализации по двум КСГ, соответствующим медицинской помощи, оказанной и на койках сестринского ухода, и на койках для беременных и рожениц.

2.2.2. В условиях дневного стационара:

2.2.2.1. День приема и день выписки пациента считаются как 2 пациентодня.

2.2.2.2. В случае выписки (перевода) пациента из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию каждая медицинская организация оформляет счет на оплату случая госпитализации. При этом дата выписки (перевода) из одной медицинской организации не может совпадать с датой поступления в другую медицинскую организацию.

2.2.2.3. В случаях перевода пациента из одного отделения медицинской организации в условиях дневного стационара в другое оплата производится в рамках одного случая госпитализации по КСГ с наибольшей стоимостью лечения.

Медицинская организация оформляет один счет на оплату случая госпитализации. В реестре счетов данный случай госпитализации отражается в разрезе профильных отделений, при этом сумма к оплате указывается в отделении, где применена КСГ с наибольшей стоимостью лечения. В случае одинаковой стоимости лечения сумма указывается в отделении с более поздним периодом лечения.

2.2.2.4. В случаях перевода пациента с койки дневного стационара на койку круглосуточного стационара оплата осуществляется в соответствии с п. 2.2.1.3.

2.3. Оплата случаев госпитализации

2.3.1. Оплата медицинской помощи осуществляется за случай госпитализации, включенный в соответствующую КСГ, по стоимости (тарифу) в соответствии с п.2.3.5.1. настоящего Порядка, в рамках согласованных объемов медицинской помощи и финансовых средств, определяемых заданием медицинской организации на медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, с учетом положений настоящего Порядка.

2.3.2. На основании задания медицинской организации Комиссией по разработке ТП ОМС устанавливаются ежемесячные планы объемов медицинской помощи и финансовых средств.

2.3.3. Исполнение планов объемных показателей ежемесячно оценивается в целом по медицинской организации, без выделения КСГ, в пределах утвержденных ежемесячных планов объемов медицинской помощи (случаев госпитализаций) и планов финансовых средств.

2.3.4. Оплата выполненных объёмов медицинской помощи осуществляется в пределах утвержденных ежемесячных планов объемов медицинской помощи (случаев госпитализаций) и планов финансовых средств.

2.3.5. Объем финансовых средств медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, определяется по системе КСГ на основе следующих параметров:

- 1) базовая ставка;
- 2) коэффициент относительной затратоемкости по КСГ;
- 3) коэффициент дифференциации;

- 4) коэффициент уровня медицинской организации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях;
- 5) коэффициент подуровня медицинской организации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (при наличии);
- 6) поправочный коэффициент;
- 7) корректирующий коэффициент (при наличии определенных условий).

2.3.5.1. Стоимость (тариф) одного случая госпитализации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (ССсл) по системе КСГ определяется по следующей формуле:

$$CC_{сл} = BC \times K_{Зкcg} (K_{Зпг}) \times K_{д} \times K_{у} (K_{пу}) \times K_{п} \times K_{к},$$

где:

BC – базовая ставка;

K_{Зкcg} – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

K_{Зпг} – коэффициент относительной затратно-емкости подгруппы КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (при наличии подгруппы);

K_д – коэффициент дифференциации;

K_у – коэффициент уровня медицинской организации;

K_{пу} – коэффициент подуровня медицинской организации (при наличии);

K_п – поправочный коэффициент;

K_к – корректирующий коэффициент (при наличии определенных условий).

2.3.5.2. Размер финансовых средств медицинской организации (ФСмо) по системе КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации:

$$ФСмо = \sum CC_{сл}$$

2.3.6. При применении в рамках одного случая госпитализации нескольких хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наибольшую стоимость лечения.

2.3.7. В случае, если в рамках одного случая госпитализации пациенту проведена хирургическая операция и/или применялись другие медицинские технологии, являющиеся классификационными критериями, но стоимость КСГ, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре медицинских услуг, меньше стоимости КСГ, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по КСГ, сформированной по диагнозу, за исключением комбинаций КСГ, указанных в Таблице 1.

Таблица 1

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
N	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	N	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
73	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
154	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	160	Болезни глаза	0,51

281	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	280	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	188	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
226	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	223	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	225	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,6
237	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	0,66

2.3.8. Оплата прерванных и сверхкоротких случаев госпитализации:

2.3.8.1. Оплата прерванных и сверхкоротких случаев госпитализации, при которых пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, осуществляется по утверждённой стоимости (тарифа) лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, с корректирующим коэффициентом 0,8. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается по утверждённой стоимости (тарифа) лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, с корректирующим коэффициентом 0,4.

2.3.8.2. Оплата прерванных случаев госпитализации оказания вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) осуществляется в зависимости от длительности лечения:

- 2 и менее пациенто-дня - по утвержденной стоимости (тарифа) с применением корректирующего коэффициента 0,3,
- 3 пациенто-дня - по утвержденной стоимости (тарифа) с применением корректирующего коэффициента 0,5,
- 4 пациенто-дня - по утвержденной стоимости (тарифа) с применением корректирующего коэффициента 0,6,
- 5 пациенто-дней - по утвержденной стоимости (тарифа) с применением корректирующего коэффициента 0,8,
- 6 пациенто-дней - по утвержденной стоимости (тарифа) с применением корректирующего коэффициента 0,9.

2.3.8.3. Оплата сверхдлительных прерванных случаев госпитализации осуществляется в соответствии с п.2.3.10.

2.3.9. Оплата случаев госпитализации в размере 100% от утвержденной стоимости (тарифа) лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ независимо от длительности случая госпитализации, за исключением прерванных случаев госпитализации, осуществляется в следующих случаях:

а) случаев, отнесенных в соответствии с критериями группировки к следующим КСГ при оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре

- КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью»;
- КСГ 3 «Беременность, закончившаяся абортным исходом»,
- КСГ 4 «Родоразрешение»,
- КСГ 5 «Кесарево сечение»,
- КСГ 11 «Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)»,
- КСГ 12 «Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)»,
- КСГ 16 «Ангioneвротический отек, анафилактический шок»,
- КСГ 83 «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина»,
- КСГ 84 «Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина»,
- КСГ 97 «Сотрясение головного мозга»,
- КСГ 140 «Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы»,

- КСГ 148 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)»,
 - КСГ 149 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)»,
 - КСГ 153 «Замена речевого процессора»,
 - КСГ 154 «Операции на органе зрения (уровень 1)»,
 - КСГ 155 «Операция на органе зрения (уровень 2)»,
 - КСГ 179 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы»,
 - КСГ 200 «Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)»,
 - КСГ 252 «Доброкачественные новообразования, новообразования insuti кожи, жировой ткани»,
 - КСГ 281 «Операции на органах полости рта (уровень 1)»,
 - КСГ 295 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии»,
 - КСГ 299 «Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов»,
- б) случаев, отнесенных в соответствии с критериями группировки к следующим КСГ при оказании медицинской помощи в дневном стационаре:
- КСГ 3 «Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)»,
 - КСГ 6 «Искусственное прерывание беременности (аборт)»,
 - КСГ 56 «Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень затрат 1)»,
 - КСГ 61 «Болезни и травмы глаза»,
 - КСГ 71 «Диагностические обследование при болезнях системы кровообращения»,
 - КСГ 75 «Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)»,
 - КСГ 101 «Операции на органах полости рта (уровень 1)».

2.3.10. Случаи сверхдлительной, в том числе сверхдлительной прерванной, госпитализации в круглосуточном стационаре длительностью более 30 дней (для КСГ, указанных в Таблице 2, - более 45 дней), предъявляются на оплату

после выписки пациента. Оплата производится за случай госпитализации по утвержденной стоимости (тарифу) соответствующей КСГ с применением корректирующего коэффициента, рассчитанного по следующей формуле:

$$K_k = 1 + (\text{ФКД} - \text{НКД}) / \text{НКД} * K_{дл},$$

где

K_k – корректирующий коэффициент;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней);

$K_{дл}$ – коэффициент длительности (для обычных отделений 0,25, для реанимационных отделений – 0,4). Коэффициент длительности применяется согласно отделению, к которому относится КСГ, предъявляемая на оплату.

Таблица 2

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

2.3.11. При изменении стоимости (тарифа) в период одного случая госпитализации, оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости (тарифу), действующей на дату завершения случая госпитализации.

2.3.12. Основаниями для корректировки базовой ставки являются следующие условия:

- изменение законодательных и иных нормативных правовых актов, регулирующих оплату труда;
- изменение объемов медицинской помощи, установленной территориальной программой обязательного медицинского страхования (в том числе между медицинскими организациями), и объемов финансовых средств, предусмотренных на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- реорганизация медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Республики Коми, и (или) их подразделений;
- другие условия, не противоречащие действующему в системе обязательного медицинского страхования законодательству.

3. Оплата случаев лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи

3.1. 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 Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения высокотехнологичной медицинской помощи.

3.2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи на 2017 год, осуществляется в пределах объемов, установленных для медицинских организаций Тарифным соглашением в системе ОМС, согласно утверждённой стоимости (тарифа) лечения.

3.3. В случае оказания пациенту одновременно двух видов ВМП, оплата производится по каждому виду ВМП в полном объёме по утверждённой стоимости (тарифу) лечения.

Медицинская организация оформляет счета на оплату двух случаев госпитализации по двум видам ВМП, соответствующим оказанной медицинской помощи.

4. Оплата медицинской помощи при проведении диализа

4.1. Для оплаты процедур диализа, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты за законченный случай лечения заболевания с оплатой за услугу.

4.2. Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях статистического учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара следует принимать получение пациентом услуг диализа в течение отчетного месяца, при этом дата начала случая должна совпадать с первой датой получения услуги диализа, а дата окончания случая должна совпадать с последней датой получения услуг диализа.

4.3. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

4.4. Стоимость услуги диализа с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

4.5. Пересечение сроков лечения в круглосуточном стационаре с датами получения услуг диализа в условиях дневного стационара не допускается. При этом в период лечения в круглосуточном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, включая растворы для проведения перитонеального диализа.

4.6. Стоимость услуг, указанных в Таблице 3, устанавливается Тарифным соглашением в системе ОМС Республики Коми. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг не допускается. По каждому случаю (услуге) диализа, относящегося к методам продленной заместительной почечной терапии применяется медико-экономическая экспертиза, и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Таблица 3

N	Код	Услуга	Условия оказания	Единица оплаты
1	A18.05.002; A18.05.002.002	Гемодиализ, Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	стационарно, дневной стационар	услуга
2	A18.05.011	Гемодиафильтрация	стационарно, дневной стационар	услуга
3	A18.30.001	Перитонеальный диализ	стационарно, дневной стационар, амбулаторно	день обмена (услуга)
4	A18.05.011.001	Гемодиафильтрация продленная	стационарно	услуга
5	A18.05.011.002	Гемодиафильтрация продлительная	стационарно	услуга
6	A18.05.002.003	Гемодиализ интермиттирующий продленный	стационарно	услуга
7	A18.05.002.005	Гемодиализ продлительный	стационарно	сутки (услуга)
8	A18.05.002.001	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	стационарно, дневной стационар	услуга
9	A18.05.003	Гемофильтрация крови	стационарно	услуга

4.7. При оказании услуг диализа оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости (тарифу), действующему на дату оказания услуги диализа.

5. Оплата медицинской помощи при оказании больному в период одной госпитализации видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования (в том числе паллиативная, высокотехнологичная) и медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (в любой последовательности).

5.1. Медицинские организации предъявляют счет на оплату медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, после выписки пациента.

5.2. Медицинская организация оформляет один счет на оплату случая госпитализации. При этом:

- для случая госпитализации указывается период пребывания пациента в отделениях, в которых пациенту была оказана медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

- случай госпитализации отображается в разрезе профильных отделений, в которых пациенту была оказана медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

- при подсчете общего количества койко-дней (пациенто-дней) для случая госпитализации учитываются только дни, подлежащие оплате за счет средств ОМС.

Оплата производится за случай госпитализации по утвержденной стоимости (тарифу) соответствующей КСГ (при оказании в рамках ОМС высокотехнологичной помощи по стоимости (тарифу) ВМП).

5.3. Оплата случаев сверхдлительной (в том числе прерванной) госпитализации осуществляется в соответствии с пунктом 2.3.10 настоящего Порядка. При этом периоды лечения, подлежащие оплате за счет средств ОМС, суммируются.

5.4. При выставлении счетов с нарушением сроков, установленных договором на предоставление и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинские организации предоставляют страховым медицинским организациям пояснительные записки с указанием причин.

6. Оплата медицинской помощи в случаях выделения подгрупп в составе стандартных КСГ с учетом дополнительных классификационных критериев.

6.1. Оплата медицинской помощи в случаях выделения подгрупп в составе стандартных клинико-статистических групп с учетом дополнительных классификационных критериев (использование дорогостоящих медикаментов) осуществляется с применением коэффициента затратоемкости подгруппы к утвержденной стоимости госпитализации (случая лечения) по КСГ. При этом коэффициент затратоемкости подгруппы рассчитывается с учетом стоимости курсового приема дорогостоящего препарата в расчете на месяц, соответственно медицинская организация ежемесячно отражает в реестре

счетов один случай госпитализации (лечения) пациента с применением дорогостоящего препарата.

При этом допускается пересечение сроков госпитализаций в дневном стационаре, оплата которых осуществляется в соответствии с дополнительным классификационным критерием «использование дорогостоящих материалов», со сроками лечения в круглосуточном стационаре.

7. Оплата исключительных случаев медицинской помощи.

7.1. К исключительным относятся случаи длительного лечения больных в отделении реанимации в медицинских организациях III уровня оказания медицинской помощи (за исключением прерванных) фактические затраты на лечение которых существенно превышают установленную по КСГ стоимость лечения в связи с необходимостью приобретения дорогостоящих медикаментов (расходных материалов), определенных клиническими рекомендациями (протоколами лечения), а также по рекомендации специалистов федеральных медицинских организаций, на данного пациента.

7.2. Для оплаты исключительных случаев медицинская организация направляет в Комиссию по разработке ТП ОМС заявку на выделение подгруппы в составе стандартной КСГ и установление коэффициента затратно-емкости подгруппы.

7.3. Заявка направляется не позднее 1 месяца после завершения случая лечения. В случае обоснованности длительного лечения пациента в отделении реанимации, Комиссия рассматривает вопрос о целесообразности выделения подгруппы КСГ составе стандартной клинико-статистической группы с учетом дополнительного классификационного критерия и установления коэффициента затратно-емкости подгруппы КСГ. При этом коэффициент затратно-емкости подгруппы КСГ рассчитывается с учетом стоимости дорогостоящих препаратов на лечение пациента.

7.4. В реестр счетов данный случай должен быть включен после принятия Комиссией решения о целесообразности либо нецелесообразности выделения подгруппы КСГ составе стандартной клинико-статистической группы с учетом

дополнительного классификационного критерия и установления коэффициента затратоемкости подгруппы КСГ.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной больным с острым коронарным синдромом.

8.1. В случае перевода пациента с острым коронарным синдромом (КСГ 66 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1)», КСГ 67 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)», КСГ 68 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 3)») в соответствии с установленным в Республике Коми порядком из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию каждая медицинская организация оформляет счет на оплату случая госпитализации. При этом дата выписки (перевода) из одной медицинской организации может совпадать с датой поступления в другую медицинскую организацию.

8.2. Случаи досуточной госпитализации относятся к сверхкоротким случаям госпитализации и оплачиваются по утверждённой стоимости (тарифу) лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, с корректирующим коэффициентом 0,4.

II. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми.

II.I. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми.

1. Оплата медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется следующими способами:

- а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение к врачу или соответствующему среднему медицинскому персоналу, на который в установленном порядке возложены отдельные функции лечащего врача;
- б) за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение (для межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным за пределами Республики Коми, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- в) оплата за условную единицу трудоемкости (далее – УЕТ) при оказании стоматологической помощи (средняя кратность УЕТ в одном посещении по медицинской организации с 21.12.2016 г. составляет до 3,8 УЕТ включительно, анализ исполнения объемов и оплата стоматологической помощи осуществляется в посещениях с кратностью 3,8 УЕТ в одном посещении);
- д) оплата за законченный случай диспансеризации населения;
- е) за услугу перитонеального диализа (с 1 апреля 2017 года, код услуги А18.30.001). В целях статистического учета за единицу объема в амбулаторных условиях принимается обращение, включающее получение пациентом услуг перитонеального диализа в течение отчетного месяца, при этом дата начала случая должна совпадать с первой датой получения услуги диализа, а дата окончания случая должна совпадать с последней датой получения услуги диализа в отчетном месяце. Средняя цена обращения определяется исходя из

плановых затрат на оказание услуг амбулаторного диализа (17 услуг). Допускается пересечение сроков лечения пациента в круглосуточном или дневном стационаре с датами получения услуг перитонеального диализа в амбулаторных условиях.

2. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, оплата осуществляется по стоимости (тарифу), действующему на дату посещения (оказания услуги).

II.II. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми.

1. Термины и определения

Медицинская организация - фондодержатель (далее – МО-фондодержатель) – медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Коми, имеющая прикрепившихся застрахованных лиц, в которой оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется методом подушевого финансирования.

Медицинская организация - исполнитель (далее - МО-исполнитель) - медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Коми, оказавшая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях прикрепившимся к МО-фондодержателю застрахованным лицам.

Прикрепленное население – население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию в Республике Коми и прикрепившееся к МО – фондодержателю в соответствии с Регламентом формирования и ведения регистра прикрепленного населения, утвержденным Приказом ГУ ТФОМС Республики Коми от 31.08.2016 г. № 454/о (далее – Регламент).

Общий объем фондодержания - суммарная стоимость медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, медицинскими работниками со

средним медицинским образованием в соответствии с Перечнем специалистов в МО - фондодержателях.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи для МО - фондодержателя – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к МО-фондодержателю;

Половозрастные коэффициенты потребления медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – коэффициенты, учитывающие различия в уровне потребления медицинской помощи группами прикрепленного населения, различающимися по полу и возрасту.

2. Порядок расчета подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1. В расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи включены расходы на медицинскую помощь, оказываемую врачами-специалистами, медицинскими работниками со средним медицинским образованием в соответствии с Перечнем специалистов (Приложение 4 к Порядку), оказывающим медицинскую помощь по территориально-участковому принципу в объеме, включающим в себя предоставление первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) (далее – медицинская помощь), за исключением:

- расходов на проведение диспансеризации взрослого населения; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводимых в соответствии с Порядками проведения диспансеризации, утвержденными Приказами Минздрава России от 03.02.2015 № 36н, от 11.04.2013 № 216н, от 15.02.2013 № 72н;

- расходов на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения, проводимых в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра, утвержденного приказом Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н; медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических, предварительных, периодических), проводимых в соответствии с Порядком прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденным приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н.;
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в центрах здоровья.

2.2. При расчете подушевого норматива финансирования медицинской помощи используются сведения о количестве прикрепившихся лиц на основании Регистра прикрепленного населения, актуализированного на первое число каждого месяца, в порядке, предусмотренном Регламентом.

2.3. При расчете подушевого норматива финансирования медицинской помощи расходы на оказание стоматологической помощи, на проведение диспансеризации и медицинских осмотров, указанных в п.2.1., медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья, медицинской помощи, оказываемой специалистами, не включенными в Перечень специалистов, а также на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями, не имеющими прикрепленное население, не учитываются в общем объеме направляемых по подушевому нормативу средств и финансируются страховыми медицинскими организациями по согласованным объемам и утвержденным тарифам на основании счетов и реестров счетов из общего объема средств, полученных страховыми медицинскими организациями по дифференцированным подушевым нормативам на застрахованных лиц.

2.4. Расходы на оплату оказанной медицинской помощи специалистами, включенными в расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в случаях обращения застрахованного лица в МО – фондодержатель не по месту прикрепления предусматриваются в ежемесячном объеме фондодержания той медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо.

2.5. Половозрастные коэффициенты потребления первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказанной медицинскими работниками, указанными в Перечне специалистов, рассчитываются ГУ ТФОМС Республики Коми в соответствии с Разделом X Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, на основании реестров счетов, дифференцированных с учетом установленных районных коэффициентов за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностям, и утверждаются Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми.

2.6. Объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, в том числе МО – фондодержателями, распределяются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Коми (далее – Комиссия).

Пересмотр установленных объемов осуществляется в соответствии с Порядком взаимодействия сторон при рассмотрении Рабочей группой при Комиссии ходатайств об изменении объемов оказания медицинской помощи, утвержденных Комиссией для медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми, принятым Комиссией.

2.7. Общий объем годового фондодержания ($ПФ_{год}$) рассчитывается по формуле:

$$ПФ_{год} = ФРВ * БС_{min}$$

$$ФРВ = \sum (\sum (Кп * t) * k_{диф}), \text{ где:}$$

ФРВ – фонд рабочего времени специалистов из Перечня специалистов МО - фондодержателей;

$БС_{min}$ – базовая ставка стоимости минуты рабочего времени в поликлинике (утверждена приложением к Тарифному соглашению в системе ОМС Республики Коми на 2017 год);

Кп – количество посещений специалиста из Перечня специалистов, установленное каждой МО – фондодержателю на расчетный период (год);

t – норматив временных затрат на посещение специалиста из Перечня специалистов;

к_{диф} - коэффициент дифференциации за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленный для территории на которой оказывает медицинские услуги МО-фондодержатель.

2.7.1. Объем годового фондодержания (ПФГод) МО – фондодержателя рассчитывается по формуле:

$$\text{ПФГодМО} = \text{ФРВМО} * \text{БСmin}$$

$$\text{ФРВМО} = \sum (\sum (\text{Кп} * t) * \text{кдиф}), \text{ где:}$$

ФРВМО – фонд рабочего времени специалистов из Перечня специалистов МО - фондодержателя;

БСmin – базовая ставка стоимости минуты рабочего времени в поликлинике (утверждена приложением к Тарифному соглашению в системе ОМС Республики Коми на 2017 год);

Кп – количество посещений специалиста из Перечня специалистов, установленное МО – фондодержателю на расчетный период (год);

t – норматив временных затрат на посещение специалиста из Перечня специалистов;

к_{диф} - коэффициент дифференциации за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленный для территории на которой оказывает медицинские услуги МО-фондодержатель.

2.8. Общий объем годового фондодержания, подлежащий перечислению по подушевым нормативам финансирования, рассматривается Комиссией и устанавливается Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми на 2017 год.

2.8.1. Годовые плановые объемы финансовых средств и объемов медицинской помощи по специалистам, включенным в расчет подушевого

норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе МО-фондодержателей устанавливается Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми на 2017 год.

При выполнении медицинской организацией годовых объемов медицинской помощи, распределенных Комиссией с учетом потребности прикрепленного населения в данной медицинской помощи, плановые и фактические размеры финансового обеспечения медицинской организации равны.

2.9. Общий объем ежемесячного фондодержания, в том числе медицинской организации ($ПФ_{мес}$, $ПФ_{месМО}$) рассчитывается посредством деления общего объема годового фондодержания ($ПФ_{год}$, $ПФ_{годМО}$) на 12 месяцев.

2.10. Среднедушевой норматив финансирования рассчитывается ежемесячно ГУ ТФОМС Республики Коми посредством деления общего объема ежемесячного фондодержания ($ПФ_{мес}$) на численность прикрепленного населения.

2.11. Эталонный объем фондодержания МО-фондодержателя ($ПФ_{мо}$), определяется с учетом количества прикрепленного населения согласно акту приема-передачи на первое число расчетного месяца, среднедушевого норматива финансирования, половозрастных коэффициентов потребления медицинской помощи, коэффициентов дифференциации, поправочного коэффициента.

2.12. Расчет объема финансирования ($Ф_{мо}$) за отчетный месяц МО - фондодержателя осуществляется страховой медицинской организацией по формуле:

$$Ф_{мо} = ПФ_{месМО} - ФР_{смо} + Ф_{tarif}, \text{ где:}$$

$ФР_{смо}$ – фактические расходы страховой медицинской организации по оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной

прикрепленному к данной МО-фондодержателю населению, в других МО – исполнителях;

Φ_{tarif} – оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной МО-фондодержателем не прикрепленным лицам, а также оплата медицинской помощи, оказанной специалистами, не включенными в Перечень специалистов, по установленным тарифам.

3. Порядок оплаты страховой медицинской организацией медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной медицинской организацией-фондодержателем.

3.1. Страховая медицинская организация осуществляет направление аванса МО-фондодержателю в сроки и в объеме от суммы средств месячного фондодержания, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Перечисление остаточного дохода за отчетный месяц производится страховыми медицинскими организациями в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному страхованию после завершения расчетов согласно пп.3.2 – 3.5 настоящего Порядка.

3.2. МО - фондодержатель формирует счет и реестр счетов на оплату медицинской помощи и предъявляет их в страховые медицинские организации в сроки и в порядке, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В счете и реестре счетов на оплату медицинской помощи должны быть отражены следующие сведения:

- прикрепленные к медицинской организации застрахованные лица, получившие в медицинской организации услуги специалистов, включенных в Перечень специалистов. Сумма по счёту должна соответствовать сумме п.5 Акта окончательного расчета для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объёма медицинской помощи (Приложение № 5 к Порядку), доведённого страховой медицинской организацией до МО-фондодержателя.

- неприкрепленные к медицинской организации застрахованные лица, получившие в медицинской организации услуги специалистов, включенных в Перечень специалистов. Сумма по счёту должна соответствовать сумме предъявленного реестра в части неприкрепленных к МО-фондодержателю лиц.

- застрахованные лица, получившие в медицинской организации услуги специалистов, не включенных в Перечень специалистов. Сумма по счёту должна соответствовать сумме предъявленного реестра в части специалистов, не включенных в Перечень специалистов.

3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам не по месту прикрепления в других МО-исполнителях специалистами, включенными в Перечень специалистов, осуществляется страховыми медицинскими организациями по тарифам, утвержденным для МО - исполнителя. Одновременно, из планового объёма фондодержания МО-фондодержателя по месту прикрепления застрахованного лица производится удержание стоимости медицинской помощи ($\Phi P_{\text{смо}}$), оказанной застрахованным лицам не по месту прикрепления в других МО-исполнителях специалистами, включенными в Перечень специалистов, по тарифам, утвержденным для МО - исполнителя.

В случаях когда прикрепление застрахованного лица не установлено по данным регистра прикрепленного населения по состоянию на 1-ое число отчетного месяца (новорожденные, иные лица в связи с изменением страховых обстоятельств) оказание медицинской помощи данным лицам обеспечивается за счет средств фондодержания МО, оказавшей медицинскую помощь.

3.4. В случае замены (выбора) застрахованным лицом страховой медицинской организации, медицинской организации в течение периода лечения МО-фондодержатель при формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи за отчетный месяц использует данные регистра прикрепленного населения по состоянию на 1-ое число отчетного месяца.

Страховые медицинские организации при проведении медико-экономического контроля реестров счетов за отчетный месяц, используют данные регистра прикреплённого населения на 1-ое число отчетного месяца, с целью установления факта прикрепления застрахованного лица, указанного в реестре счета, к той или иной медицинской организации, а также осуществляют

проверку достоверности счета и реестра счетов, сформированных МО-фондодержателем в соответствии с п. 3.2. Порядка.

3.5. Страховые медицинские организации ежемесячно после проведения медико-экономического контроля поступивших счетов и реестров счетов составляет до 18 числа месяца, следующего за отчетным Акт окончательного расчета финансирования амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу МО-фондодержателя по форме приложения № 5 к Порядку и направляет МО-фондодержателю для подписания.

III. Порядок оплаты скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми

1. Термины и определения

Медицинская организация (далее – МО) – медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Коми и оказывающая скорую медицинскую помощь.

Страховая медицинская организация (далее – СМО) – страховая медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Коми.

Численность - численность застрахованных лиц в разрезе СМО и муниципальных образований на 1 число каждого месяца.

Объем финансовых средств - финансовое обеспечение скорой медицинской помощи в разрезе источников финансового обеспечения скорой медицинской помощи.

Среднедушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи в разрезе источников финансового обеспечения (далее – среднедушевой норматив финансирования) – плановая сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо.

Половозрастные коэффициенты потребления скорой медицинской помощи – коэффициенты, учитывающие различия в уровне потребления

медицинской помощи группами застрахованного населения, различающимися по полу и возрасту (Приложение № 6 к настоящему Порядку).

Фактический объем финансирования МО – фактический объем финансирования МО, в разрезе источников финансового обеспечения скорой медицинской помощи.

2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории Республики Коми

2.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории Республики Коми, осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи в разрезе источников финансового обеспечения.

2.2. При расчете среднедушевого норматива финансирования используются сведения о численности, ежемесячно актуализированные и половозрастные коэффициенты потребления скорой медицинской помощи.

2.3. Годовые плановые объемы финансовых средств и объемов скорой медицинской помощи, в разрезе МО рассматривается Комиссией и устанавливается Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми на соответствующий год.

2.4. Среднедушевой норматив финансирования рассчитывается ежемесячно ГУ ТФОМС Республики Коми.

2.5. Фактический объем финансирования МО в разрезе источников финансового обеспечения ежемесячно определяется с учетом численности, среднедушевого норматива финансирования, половозрастных коэффициентов потребления медицинской помощи, интегрированного коэффициента дифференциации, поправочного коэффициента.

2.6. Оплата скорой медицинской помощи осуществляется СМО в соответствии с фактическим объемом финансирования МО с учетом результатов проведенных экспертиз качества медицинской помощи и медико-экономических экспертиз.

3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Коми

3.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Республики Коми, осуществляется за вызов скорой медицинской помощи по тарифам, установленным Тарифным соглашением для МО.

4. Оплата безрезультативных вызовов скорой медицинской помощи

4.1. Оплата безрезультативного вызова скорой медицинской помощи производится в размере 50% от стоимости вызова.