

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ
НА 2017 ГОД

г. Петрозаводск

«26» января 2017 г.

Министерство здравоохранения Республики Карелия (далее – Министерство) в лице Министра здравоохранения Республики Карелия Е.А. Хидишяна,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – ТФОМС РК) в лице директора А.М. Гравова,

Карельский филиал ООО «СМК«РЕСО-Мед» в лице Директора В.А. Пантелеева,

Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г.Петрозаводск в лице Директора Л.А. Полировой,

Общественная организация «Медицинский Совет Республики Карелия» в лице Председателя Э.В. Шандаловича,

Республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице Председателя И.А. Смирновой,

заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Общие положения

1. Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Республики Карелия, в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 года №1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее — Программа государственных гарантий);
- постановлением Правительства Российской Федерации от 5.05.2012 года №462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам

территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 года №462);

- постановлением Правительства Республики Карелия «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий);

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

- приказом ФФОМС от 18.11.2014 года №200 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" (далее – приказ ФФОМС №200);

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 года №555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 года №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее – Приказ от 03.02.2015 № 36ан);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 года №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – Приказ от 15.02.2013 № 72н);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 года №216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (далее – Приказ от 11.04.2013 № 216н);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 года №1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (далее – Приказ от 06.12.2012 № 1011н);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 года №1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» (далее – Приказ от 21.12.2012 № 1346н);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2015 года №711н «Об утверждении формы направления на медицинское обследование, а также перечня исследований при проведении медицинского обследования и формы заключения о состоянии здоровья ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без

- попечения родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (далее – Приказ от 13.10.2015 № 711н);
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 года №252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»;
 - приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.12.2014 года №834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению" (далее - Приказ от 15.12.2014 года №834н);
 - приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 года №255 "О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг"" (далее - Приказ от 22.11.2004 года №255)
 - приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 года №79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" (далее – Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79);
 - приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 года №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230);
 - Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.12.2013 года №263 "Об утверждении Порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования" (далее – Приказ ФФОМС от 20.12.2013 года №263);
 - «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
 - и иными нормативными правовыми актами.

2. Настоящее Тарифное соглашение устанавливает тарифы на медицинскую помощь, определяет порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС Республики Карелия.

3. За счет средств ОМС оплачивается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими полученную в установленном порядке лицензию на оказание медицинской помощи, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, (**Приложения к Тарифному соглашению №1-4**) и заключивших договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС со страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия.

4. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными правовыми документами в сфере ОМС, утвержденными в установленном порядке.

5. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Карелия осуществляется в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Территориальной программой государственных гарантий (**Приложение №5**).

6. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения с указанием размеров санкций, применяемых к медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия).

7. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи осуществляется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил ОМС, и приказом ФФОМС №200. Размер и структура тарифов приведены в **Приложении №6**.

8. Трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам обеспечивает преемственность, доступность и качество медицинской помощи, а также эффективную реализацию Территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий.

Уровни и подуровни оказания медицинской помощи устанавливаются дифференцированно для медицинских организаций (**Приложение №7**).

Решение по отнесению медицинской организации к уровню и подуровню оказания медицинской помощи и порядок направления пациентов в медицинские организации принимается Министерством здравоохранения Республики Карелия.

9. МО ведут отдельный учет:

- по операциям со средствами ОМС в разрезе видов и условий оказания медицинской помощи, структурных подразделений медицинских организаций, а именно доходов и кассовых расходов по медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи;

- объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи;

- посещения с профилактической целью (посещения Центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром, разовые посещения по заболеваниям, посещения с иными целями), неотложной медицинской помощи, а также посещений и обращений по поводу заболеваний;

- вызовов специализированных выездных бригад СМП, врачебных общепрофильных выездных бригад СМП, фельдшерских общепрофильных выездных бригад СМП.

Термины и определения.

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 года № 326-ФЗ.

Прикрепленное застрахованное лицо - лицо, застрахованное по ОМС на территории Республики Карелия, и прикрепившееся к медицинской организации в установленном порядке для получения первичной медико-санитарной помощи.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающий в себя предоставление медицинских услуг.

Первичная медико-санитарная помощь – вид медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, включающий в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Специализированная медицинская помощь – вид медицинской помощи, оказываемый врачами – специалистами в стационарных условиях и условиях дневного стационара, включающий в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и

послеродовый период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) – вид медицинской помощи, являющийся частью специализированной медицинской помощи, который включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоёмких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Скорая медицинская помощь (СМП) – медицинская помощь, оказанная гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинское освидетельствование - совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.

Медицинская организация (МО) – юридическое лицо (филиал), независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Карелия.

Страховая медицинская организация (СМО) – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности, и включенная в реестр страховых медицинских организаций,

осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Республике Карелия).

Обслуживаемое население - застрахованные лица, прикрепившиеся для оказания первичной медико-санитарной помощи к медицинским организациям на территории обслуживания станции (отделения) скорой медицинской помощи.

Посещение - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической целью, в том числе однократное посещение в связи с заболеванием, и при оказании медицинской помощи в неотложной форме, с последующей записью в карте амбулаторного больного.

Под посещением в амбулаторных условиях понимается контакт пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей), средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), а также на дому, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Посещение приемного отделения стационара - случай оказания неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара пациенту, не подлежащему госпитализации, с последующей записью в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф.№001/у).

Посещения к одному и тому же врачу-специалисту (среднему медицинскому работнику) и/или к врачам-специалистам одной специальности, выполненные пациентом в течение одного дня, учитываются и оплачиваются как одно посещение.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (несчастного случая, травмы, отравления или иного состояния) врачей одной специальности или медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

Под законченным случаем лечения заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар, летальный исход. В объем медицинских услуг входит обследование (физикальное, лабораторное, функциональное, ультразвуковое, эндоскопическое, рентгенологическое и т.д.) и лечение. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений, а также консультаций специалистов, выполненных в рамках одного страхового случая.

Обращение по поводу проведения диспансерного наблюдения - это законченный случай медицинской помощи по поводу диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи больным хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца. При

этом в обращение по поводу проведения диспансерного наблюдения пациента включаются все рекомендованные при данной патологии посещения врачей-специалистов и диагностические исследования, в том числе с применением дистанционных технологий получения информации о функциональных и биохимических показателях состояния пациентов.

Неотложная медицинская помощь - медицинская помощь, оказанная гражданам вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Условная единица трудоемкости (далее - УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме;

Законченный случай лечения в стационаре или дневном стационаре – случай оказания медицинской помощи по основному заболеванию в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи с предоставлением лечебно-диагностических и консультативных услуг врачей-специалистов при наличии сопутствующего заболевания и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

Законченный случай лечения - совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в медицинской организации в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

Прерванный случай лечения - случай оказания медицинской помощи, завершившийся преждевременно по причине добровольного письменного отказа пациента (законного представителя) от медицинского вмешательства, продолжения лечения или самовольного ухода пациента, перевода в другую медицинскую организацию по поводу основного заболевания и вследствие этого невозможности выполнения объема медицинской помощи в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи, летального исхода, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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 (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Стандарт медицинской помощи – формализованный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к оказанию медицинской помощи при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации, разрабатывается для заболевания(й) или состояния(й) в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения.

Протокол ведения больных – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или определенной клинической ситуацией.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Тарифы на оплату медицинской помощи - денежные суммы, определяющие уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС, как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия.

Подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи - размер финансовых средств на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, предназначенных для оплаты первичной доврачебной и первичной врачебной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

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 государственных гарантий (средняя стоимость законченного случая лечения), а также с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Коэффициент относительной затратноемкости – коэффициент затратноемкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение ее затратноемкости к базовой ставке. Коэффициент относительной затратноемкости определяется для каждой КСГ на федеральном уровне (для стационарных условий и условий дневного стационара) и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратаемости и поправочных коэффициентов.

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи - реестр персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной им медицинской помощи на основании данных медицинской документации, формируемый в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере ОМС медицинской организацией ежемесячно, представляется в ТФОМС и СМО в порядке и в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и настоящим Тарифным соглашением.

Койко-день – один день пребывания пациента в условиях стационара.

Пациенто-день – один день пребывания пациента в условиях дневного стационара.

Направление - документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной Приказом от 22.11.2004 года №255, в том числе в электронном виде в медицинской информационной системе, и выдаваемый гражданину с целью получения им медицинской помощи.

Направление на госпитализацию - документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в электронном виде, имеющий уникальный номер в медицинской информационной системе «Управление госпитализацией», и выдаваемый гражданину в бумажном виде с целью получения им медицинской помощи в условиях круглосуточного и/или дневного стационара.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – КОСКУ) – мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям Территориальной программы ОМС и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Реэкспертиза - повторная медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи, проводимая другим специалистом - экспертом или другим экспертом качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

Порядок оплаты медицинской помощи.

10. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованному по обязательному медицинскому страхованию лицу, установлен Правилами ОМС.

11. Оплата медицинской помощи, оказываемой МО гражданам, застрахованным по ОМС в Республике Карелия, осуществляется СМО в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС:

- на основании предоставленных МО реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии;

- по тарифам на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Республики Карелия (далее - тарифы) и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением;

- с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

12. Оплата медицинской помощи производится в пределах годовых объемов медицинской помощи и в пределах годового финансового плана, утвержденных Территориальной программой ОМС, и на основании решения Комиссии об изменении объемов медицинской помощи.

13. Оплата объемов медицинской помощи, предоставленных сверх объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, не является обязательством сферы ОМС.

Финансирование расходов, включенных в структуру тарифа, при невыполнении медицинскими организациями объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии, также не является обязательством сферы ОМС.

14. Комиссией по разработке территориальной программы ОМС устанавливаются единые базовые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, в том числе применяемые при внутриучрежденческих, межучрежденческих (осуществляются страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных (осуществляются территориальными фондами обязательного медицинского страхования) расчетах.

15. При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам амбулаторной медицинской помощи в МО, включенных в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, в полном объеме и на условиях, определенных Территориальной программой ОМС, в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи (отсутствие врача-специалиста, за исключением централизованных приемов врачей-специалистов), МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО по направлениям.

16. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу в реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с указанием размеров установленных тарифов.

17. Расчеты между МО, включенными в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, осуществляются СМО по тарифам, установленным тарифным соглашением.

18. При отсутствии возможности проведения тех или иных лечебно-диагностических услуг в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи, входящих в стоимость тарифа в амбулаторных условиях или КСГ в условиях стационаров всех типов (за исключением МРТ и диализа), МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по направлению на основе заключенных с ними договоров с последующей оплатой за медицинскую услугу по стоимости, согласованной сторонами при заключении договора.

19. При посещении пациентом врачей-специалистов в рамках централизованных приемов оплата медицинской помощи, оказанной врачами-специалистами, осуществляется по тарифам, установленным тарифным соглашением.

20. Оплата медицинской помощи производится в соответствии с Перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется за счет средств ОМС (Приложение №8).

Перечень способов оплаты медицинской помощи.

21. В амбулаторных условиях:

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

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

22. В стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу процедуры диализа;

- по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

23. В условиях дневных стационаров:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);

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

24. Скорой медицинской помощи:

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

- за вызов (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

Порядок и последовательность проведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

25. Формирование Реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному страхованию в сфере ОМС Республики Карелия (далее – Реестров счетов) осуществляется в соответствии с Приказом от 07.04.2011 №79 и Порядком формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному страхованию в сфере ОМС Республики Карелия (**Приложение №9**).

26. Для проведения обязательного предварительного форматно–логического и медико–экономического контролей МО в обязательном порядке предоставляют Реестры счетов (нарастающим итогом) в ТФОМС РК и СМО **ежедекадно**.

27. Для оплаты МО предоставляют Реестры счетов в ТФОМС РК и СМО **ежемесячно** в следующие сроки:

- в течение 2-х календарных дней месяца, следующего за отчетным, МО представляют Реестры счетов в ТФОМС РК для проведения форматно–логического контроля и идентификации застрахованных по ОМС лиц;

- ТФОМС РК в течение последующих 2-х календарных дней на основании регионального, центрального сегментов и Единого регистра застрахованных лиц осуществляет автоматизированный контроль полученных от МО Реестров счетов в целях идентификации и определения страховой принадлежности застрахованных лиц и возвращает Реестры счетов в МО;

- по результатам автоматизированного контроля Реестров счетов МО формирует их с учетом страховой принадлежности застрахованных и в течение 2-х календарных дней месяца представляет в соответствующие СМО в порядке и по форме, установленными нормативными документами. Одновременно с Реестром счетов МО формирует и направляет в СМО:

- 1) информацию по пациентам, направленным в МО на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по форме в соответствии с Регламентом по ведению ежемесячного мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам, застрахованным в Республике Карелия (**Приложение №10**);

- 2) сведения о застрахованных лицах, из числа выбравших МО для оказания первичной медико-санитарной помощи и подлежащих диспансерному наблюдению (взрослое население в возрасте 18 лет и старше), по формату в соответствии с **Приложением №11**.

- СМО в течение 4-х календарных дней с даты поступления Реестров счетов осуществляют их медико-экономический контроль и направляют в МО Реестры счетов с указанием кода причин отказа в оплате медицинской помощи;

- МО в течение 2-х последующих календарных дней исправляют допущенные ошибки и возвращают Реестры счетов в СМО в электронном виде;

- СМО в течение 2-х календарных дней с даты получения Реестров счетов осуществляют окончательный медико-экономический контроль Реестров счетов с оформлением актов;

- СМО направляют в ТФОМС РК реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории Республики Карелия, сформированные отдельно (в разные файлы) (в электронном виде):

1) по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения – в срок до 14 числа месяца, следующего за отчетным;

2) об оказании высокотехнологичной медицинской помощи – в срок до 14 числа месяца, следующего за отчетным;

3) об оказании медицинской помощи, кроме высокотехнологичной и диспансеризации, медицинских осмотров несовершеннолетних и профилактических медицинских осмотров взрослого населения – в срок до 16 числа месяца, следующего за отчетным.

28. Отчетным периодом для включения случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам в реестры счетов на оплату медицинской помощи является период с 01 по 30 (31) число месяца.

Случаи оказания медицинской помощи с последним посещением врача после 25 числа отчетного месяца и результатом обращения 302 (лечение прервано по инициативе пациента), могут быть включены в реестр счетов на оплату медицинской помощи в месяце, следующем за отчетным. Исключение составляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

29. В Реестры счетов могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если они ранее были отклонены СМО по результатам медико-экономического контроля, в срок не позднее 25 рабочих дней после получения акта.

30. МО не имеют права дополнять Реестры счетов (включать в Реестры счетов случаи оказания медицинской помощи, не представленные для проведения форматно-логического контроля и идентификации застрахованных по ОМС лиц) после проведения автоматизированного контроля ТФОМС РК.

31. При изменении тарифа на медицинскую помощь в период лечения застрахованного лица оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу, действующему на момент окончания лечения.

32. При изменении страховщика или страхования гражданина в период лечения оплата медицинской помощи осуществляется СМО, страховой медицинской полис которой действителен на дату окончания лечения.

33. Информационный обмен осуществляется в электронном виде с использованием специальных средств защиты информации, имеющих действующие сертификаты ФСТЭК и ФСБ России, с помощью сети VipNet.

34. Сроки информационного обмена между ТФОМС РК и МО в части медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, определяются Правилами ОМС.

Реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, предоставляются в ТФОМС РК в течение 10 рабочих дней месяца, следующего за отчетным, в электронном и бумажном вариантах.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а так же уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

35. Объекты, цели и виды контроля оказания медицинской помощи, сроки проведения экспертиз и порядок рассмотрения результатов определены в Методических рекомендациях по взаимодействию участников системы обязательного медицинского страхования Республики Карелия при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (**Приложение №12**).

36. Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее – Контроль) в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) затрат на оказание медицинской помощи (**Приложение №13**) являются основанием для:

36.1. неоплаты или уменьшения оплаты медицинской помощи в виде:

- исключения позиции из реестра счетов, подлежащих оплате объемов медицинской помощи;

- уменьшения сумм, представленных к оплате, в процентах от стоимости оказанной медицинской помощи по страховому случаю;

- возврата сумм, не подлежащих оплате, в СМО;

36.2. уплаты МО штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (по страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи).

37. Общий размер санкций (С), применяемых к МО, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{шт},$$

где:

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

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

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

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, 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) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Соответствие кода дефекта коэффициенту для определения размера неполной оплаты медицинской помощи

Размер K _{но}	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

39. Размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$Сшт = РП \times Кшт,$$

где:

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

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований.

Соответствие кода дефекта коэффициенту для определения размера штрафа

Размер Кшт	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

40. Сумма, не подлежащая оплате по результатам Контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО.

41. Неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплата МО штрафов в зависимости от вида выявленных дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи могут применяться отдельно или одновременно.

42. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к МО применяется одно наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится.

Заключительные положения

43. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с **1 января 2017 года** и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

44. Все приложения к Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

45. Внесение изменений и дополнений в настоящее Тарифное соглашение оформляется путем подписания дополнительных соглашений в соответствии с решениями Комиссии.

46. По всем вопросам, неурегулированным настоящим Тарифным соглашением, стороны руководствуются действующим законодательством.

47. При увеличении показателей доходной части бюджета ТФОМС РК, предусмотренных на финансирование Территориальной программы ОМС, к утвержденным тарифам может применяться коэффициент индексации тарифов.

Подписи сторон:

Министерство _____

ТФОМС РК _____

Карельский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед» _____

Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» _____

Республиканская организация профсоюза работников
здравоохранения _____

Медицинский Совет
Республики Карелия _____

