|  |
| --- |
| Приложение № \_\_2\_\_  к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского  страхования на 2015 год  от «11» февраля 2015 года |

Порядок

применения тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи включает расходы, указанные в части седьмой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1.1. Структура тарифа делится на две части:

- первая часть включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату договоров возмездного оказания услуг со сторонними медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- вторая часть включает расходы на прочие выплаты, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользованием имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

1.2. Первая часть структуры тарифа утверждается как самостоятельный тариф и применяется к объемам принятой к оплате медицинской помощи.

1.3. Вторая часть структуры тарифа оплачивается в следующем порядке:

1) Для межтерриториальных расчетов к первой части тарифа рассчитывается дополнительный коэффициент (Кдоп) по следующей формуле:

Рп

Кдоп = -------,

Слеч

где:

Рп – общий объем средств на содержание медицинских организаций на текущий год;

Слеч – общая сумма утвержденных на текущий год объемов финансирования медицинских организаций по амбулаторной помощи, стационарной помощи, дневным стационарам.

Дополнительный коэффициент (Кдоп) рассчитывается для каждой медицинской организации на текущий год. Показатели Рп и Слеч для расчета Кдоп принимаются к расчету без разделения утвержденных сумм финансирования на застрахованных на территории области или застрахованных в других субъектах Российской Федерации.

Определяется объем средств на содержание медицинских организаций в части, приходящейся на межтерриториальные расчеты (Рп ио). Для этого используются фактические данные за 2014 год: находится удельный вес (Уио) стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным в других субъектах Российской Федерации, в общей стоимости принятых к оплате объемов медицинской помощи:

Слеч ио ф

Уио = -----------,

Слеч ф

где:

Уио – удельный вес стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным в других субъектах Российской Федерации, в общей стоимости медицинской помощи;

Слеч ио ф – стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованным в других субъектах Российской Федерации за 2014 год;

Слеч ф - общая стоимость принятых к оплате объемов медицинской помощи по амбулаторной помощи, стационарной помощи, дневным стационарам, выполненных медицинской организацией за 2014 год (застрахованным на территории области и застрахованным в других субъектах Российской Федерации – общая сумма).

Коэффициент удельного веса (Уио) стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным в других субъектах Российской Федерации, в общей стоимости медицинской помощи умножается на общую сумму расходов на содержание медицинских организаций:

Рп ио = Рп \* Уио,

где:

Рп ио - объем средств на содержание медицинских организаций в части, приходящейся на межтерриториальные расчеты;

Рп – общий объем средств на содержание медицинских организаций на текущий год;

Уио - удельный вес стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным в других субъектах Российской Федерации, в общей стоимости медицинской помощи.

2) Объем средств на содержание медицинских организаций в части, приходящейся на расчеты со страховыми медицинскими организациями (Рп смо), определяется по следующей формуле:

Рп смо = Рп – Рп ио,

где:

Рп смо - объем средств на содержание медицинских организаций в части, приходящейся на расчеты со страховыми медицинскими организациями;

Рп – общий объем средств на содержание медицинских организаций на текущий год;

Рп ио - объем средств на содержание медицинских организаций в части, приходящейся на межтерриториальные расчеты.

Затем объем средств на содержание медицинских организаций в части, приходящейся на расчеты со страховыми медицинскими организациями, разделяется на суммы по условиям предоставления медицинской помощи - амбулаторная помощь, стационарная помощь, дневные стационары; указанное разделение производится согласно структуре оказанной медицинской помощи по условиям ее предоставления, сложившейся за 2014 год. Составляется помесячная расшифровка сумм расходов на содержание медицинских организаций по каждому условию предоставления медицинской помощи. Если сумма, приходящаяся на месяц, незначительна (менее 1000 рублей), то в данном случае составляется поквартальная расшифровка и вся сумма включается в первый месяц квартала.

Для оплаты медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории области, ежемесячно рассчитывается и утверждается для каждой медицинской организации дополнительный коэффициент (Кдоп i) к первой часть тарифа по следующей формуле:

Рп i

Кдоп i = --------,

Слеч i

где:

Рп i – объем средств на содержание медицинских организаций за отчетный месяц с разделением по i-условиям предоставления медицинской помощи (i – амбулаторная помощь, стационарная помощь, дневные стационары);

Слеч i – общая сумма принятых к оплате за отчетный месяц объемов финансирования медицинских организаций с разделением по i-условиям предоставления медицинской помощи (i – амбулаторная помощь, стационарная помощь, дневные стационары).

Показатели Рп i и Слеч i для расчета Кдоп i принимаются к расчету только в части застрахованных на территории области.

Общая сумма оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованным по каждой страховой медицинской организации за месяц (Ф), будет равна:

Ф = ∑(Слеч i \*(1+ Кдоп i).

2. Медицинская помощь, оказываемая ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» и отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций районов области, оплачивается по подушевому нормативу на застрахованное население, обслуживаемое данной медицинской организацией, численность которого определяется по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (далее – прикрепленное население).

Подушевой норматив по скорой медицинской помощи на прикрепленное к данной медицинской организации население включает обе части структуры тарифа. Поквартальное и помесячное распределение средств, перечисляемых по подушевому нормативу на скорую медицинскую помощь, рассчитывается на основании сложившихся между страховыми медицинскими организациями объемов медицинской помощи за 2014 год.

Объем финансовых средств на всю деятельность ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» и отделений скорой медицинской помощи медицинских организаций районов области (все расходы медицинских организаций на оказание скорой медицинской помощи независимо от того, где застрахован обратившийся за медицинской помощью), утверждается Комиссией на год. Объем финансовых средств, направляемых на подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» и отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций районов области населению, застрахованному на территории области, ежемесячно рассчитывается территориальным фондом как разница между объемом финансовых средств на всю деятельность медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих скорую помощь, и стоимостью медицинских услуг, оказанных застрахованным в других субъектах Российской Федерации, и утверждается Комиссией.

Размер платежа на одно застрахованное лицо (Пн) для каждой медицинской организации рассчитывается территориальным фондом ежемесячно и утверждается директором территориального фонда. Формула расчета следующая:

(ОФ – Ссмп ио)

Пн = ---------------------,

Ч

где:

ОФ – объем средств для финансирования медицинской помощи, оказываемой ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» и отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций районов области на месяц;

Ссмп ио – стоимость медицинской помощи, оказанной ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» и отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций районов области застрахованным в других субъектах Российской Федерации за месяц;

Ч – численность застрахованного населения, прикрепленного к данной медицинской организации на первое число месяца, на который производится расчет.

С 01.04.2015 для расчета подушевого норматива применяются половозрастные коэффициенты дифференциации.

3. Медицинская помощь в стационарных условиях оплачивается по тарифам клинико-статистических групп, устанавливаемых Тарифным соглашением.

3.1. Тарифы на клинико-статистические группы включают в том числе управленческие коэффициенты и коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой пролечен пациент. Коэффициент сложности курации пациента к тарифам, установленным с начала 2015 года, не применялся. В течение года, при необходимости, коэффициент сложности курации пациента может устанавливаться дополнительным соглашением.

Тарифы на клинико-статистические группы установлены в одинаковом размере для медицинских организаций одного уровня. Уровни медицинских организаций утверждены приказом управления здравоохранения правительства Еврейской автономной области от 28.03.2014 № 89-ОД «Об утверждении двухуровневой системы организации медицинской помощи гражданам в системе здравоохранения Еврейской автономной области».

3.2. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае, если это обусловлено 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, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ. По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, и заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится за два случая лечения по клинико-статистическим группам: 50 процентов оплаты КСГ при низкой затратоёмкости одного случая, полной оплаты по КСГ при большом коэффициенте затратоёмкости.

Пребывание пациента в течение двух суток и менее (при патологии беременности – одни сутки) в отделении, из которого выполнен перевод, случай лечения в счете реестре по оплате медицинской помощи не отражается.

В случае перевода больного из круглосуточного стационара на койки дневного пребывания на долечивание, оплата производится по законченному случаю отдельно по круглосуточному стационару, и отдельно – по дневному стационару.

Пребывание пациентки в отделении патологии беременных менее двух дней с последующим переводом в родильное отделение оплачивается как один законченный случай по тарифу клинико-статистической группы родильного отделения.

Законченные случаи лечения без выполнения хирургического вмешательства при фактической длительности госпитализации до двух дней включительно оплачиваются в размере 30 процентов от стоимости случая лечения в стационаре по клинико-статистической группе, от трех до пяти дней включительно – 50 процентов от стоимости случая лечения в стационаре по клинико-статистической группе.

Если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной хирургической клинико-статистической группе, случай оплачивается в размере 100 процентов от стоимости, установленной для данной клинико-статистической группы.

3.3. В случаях оказания медицинской помощи в приёмном отделении круглосуточного стационара без последующей госпитализации (при отсутствии показаний для госпитализации, при отказе пациента от госпитализации), а также в случаях оказания консультативно-диагностических услуг, не требующих госпитализации в лечебные отделения стационара больницы (при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до шести часов после проведения лечебно-диагностических мероприятий), - единицей объема является консультация.

Для оплаты медицинской помощи применяется соответствующий тариф консультации специалиста. Стоимость указанных услуг приёмного отделения учитывается в общей стоимости медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в амбулаторных условиях.

3.4. Не допускается пересечение сроков стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения. Осмотры специалистов, необходимые для диагностики и лечения заболевания в соответствии с протоколами и стандартами уже включены в тариф законченного случая.

4. Порядок оплаты амбулаторно-поликлинической помощи указан в приложении № 3 к Тарифному соглашению.

4.1. Тарифы на процедуры вспомогательной лечебно-диагностической службы, проводимые ОГБУЗ «Онкологический диспансер», ОГБУЗ «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», утверждаются как самостоятельный тариф потому, что в этих учреждениях стоимость параклинических услуг, приходящаяся на одно посещение, значительно выше, чем в других медицинских организациях, и в связи с обязательным выполнением стандартов обследования данной категории пациентов.

4.2. ОГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер» применяет тарифы на лабораторное исследование, процедуру лечебно-диагностической службы для обследования призывников и для пациентов, которые направлены другими медицинскими организациями.

4.3. Неотложная медицинская помощь, оказываемая выездными бригадами (далее – бригады), оплачивается по подушевому нормативу, включающему первую часть структуры тарифа. Поквартальное и помесячное распределение средств, перечисляемых по подушевому нормативу, рассчитывается на основании сложившихся между страховыми медицинскими организациями объемов медицинской помощи за 2014 год.

Объем финансовых средств на всю деятельность бригад (все расходы бригад на оказание неотложной медицинской помощи независимо от того, где застрахован обратившийся за медицинской помощью), утверждается Комиссией на год. Объем финансовых средств, направляемых на подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой бригадами населению, застрахованному на территории области, ежемесячно рассчитывается территориальным фондом как разница между объемом финансовых средств на всю деятельность бригад и стоимостью медицинских услуг, оказанных застрахованным в других субъектах Российской Федерации, и утверждается Комиссией.

5. Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневных стационаров, оплачивается по тарифам клинико-профильных групп.

5.1. На больного, поступающего на лечение в дневной стационар любого типа, ведутся все утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации нормативные документы с маркировкой «дневной стационар». В медицинской карте делаются записи о состоянии больного при назначении лечения, диагностических исследований, а также обобщенные сведения о проведенном лечении и его результатах. Записи в ней производятся за каждый день лечения в дневном стационаре. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр, консультацию пациента служит основанием для отказа в оплате медицинской помощи.

При наличии дефицита узких специалистов в дневных стационарах медицинских организаций наблюдение за лечением пациентов осуществляет врач-терапевт, прикрепленный к дневному стационару приказом главного врача медицинской организации. Лечение назначает врач-специалист, который по мере необходимости консультирует больного.

Учитывая, что профильные больные проходят лечение в дневном стационаре по направлению узких специалистов, медицинским организациям необходимо при оформлении счетов реестров учитывать соответствие диагноза пациента специальности врача и профилю оказываемой медицинской помощи. Оплата осуществляется по профильному тарифу пролеченного больного.

Допускается работа дневного стационара не менее чем в две смены при условии организации предоставления пациентам в каждой смене полного объема диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, предусмотренного для конкретной нозологии.

5.2. Законченные случаи лечения в дневном стационаре при фактической длительности пребывания до двух дней включительно оплачиваются в размере 30 процентов от стоимости случая лечения по клинико-профильной группе, от трех до пяти дней включительно – 50 процентов от стоимости случая лечения в стационаре по клинико-профильной группе.

При переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар оплата лечения в круглосуточном стационаре производится за законченный случай лечения по клинико-статистической группе.

5.3. Средства на проведение химиотерапии перечисляются страховыми медицинскими организациями в ОГБУЗ «Онкологической диспансер» в размерах согласно помесячному распределению, рассчитанному ОГБУЗ «Онкологической диспансер».

5.4. Проведение процедур гемодиализа отражается в расходах дневного стационара; количество госпитализаций или пациенто-дней не устанавливается.

6. Тариф на вызов скорой и неотложной помощи, оказываемой врачебной бригадой, и тариф на вызов скорой и неотложной помощи, оказываемой фельдшерской бригадой, при оказании ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» и отделениями скорой медицинской помощи медицинских организаций районов области скорой медицинской помощи вне медицинской организации, применяется для оплаты за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, при межтерриториальных расчетах с территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

7. Тариф на посещение бригадой неотложной медицинской помощи применяется для оплаты за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, при межтерриториальных расчетах с территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

8. Структура расходов на единицу объема медицинской помощи (приложение № 46) устанавливает средние доли расходования средств, полученных медицинской организацией за оказанную медицинскую помощь.