|  |
| --- |
| Приложение № 4  к Тарифному соглашению  в системе ОМС ЕАО на 2017 год  от «29» декабря 2016 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 2016 год.

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»:

- расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату договоров со сторонними медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, за исключением расходов на капитальный ремонт и проектно-сметную документацию для его проведения и иных расходов, осуществляемых за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета.

Медицинские организации определяют размер средств на питание согласно нормам, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

2. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях

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 трех дней включительно оплачиваются в размере 50 процентов от стоимости случая лечения в стационаре по клинико-статистической группе.

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее трех дней, кроме случаев, входящих в группы, перечисленные ниже. Данные группы являются исключениями, по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме, независимо от длительности лечения.

Перечень

клинико-статистических групп круглосуточного стационара,

по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме, независимо от длительности лечения

| № КСГ | Наименование КСГ (круглосуточный стационар) |
| --- | --- |
| 2 | Осложнения, связанные с беременностью |
| 3 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 4 | Родоразрешение |
| 5 | Кесарево сечение |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| 16 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 84 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 97 | Сотрясение головного мозга |
| 146 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 154 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 155 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 159 | Замена речевого процессора |
| 160 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 161 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 185 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 206 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 258 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 287 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 300 | Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина |
| 302 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 306 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

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.

Для ОГБУЗ «Инфекционная больница» (учитывая сезонность заболеваний и специфику работы медицинского учреждения) случаи лечения при фактической длительности госпитализации до двух дней включительно оплачиваются в размере 50 процентов от стоимости лечения в стационаре по клинико-статистической группе, от трех дней и более – в размере 100 процентов стоимости лечения в стационаре по клинико-статистической группе.

2.3. 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.

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

3. Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

3.1. Тарифы на процедуры вспомогательной лечебно-диагностической службы по кодам 17.54, 17.56, 17.57 утверждаются отдельно, потому что данные параклинические услуги выполняются только в ОГБУЗ «Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины», и проводятся, в том числе, по направлениям врачей других медицинских организаций.

3.2. Тарифы на проведение всех видов диспансеризации и медицинских осмотров, а также их структура устанавливаются отдельно для ОГБУЗ «Областная больница», ОГБУЗ «Детская областная больница» и районных больниц в связи с отсутствием в ОГБУЗ «Областная больница», ОГБУЗ «Детская областная больница» своих лабораторий.

3.3. Коэффициент к тарифам на посещение в амбулаторных условиях, учитывающий повышенные расходы на содержание ОГБУЗ «Облученская районная больница», устанавливается в целях обеспечения финансовой устойчивости данной медицинской организации, так как ее расходы на содержание в шесть раз превышают средние по области.

4. Оплата медицинская помощи, оказываемая в условиях дневных стационаров

4.1. 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.

4.2. Законченные случаи лечения при фактической длительности госпитализации до трех дней включительно оплачиваются в размере 50 процентов от стоимости случая лечения в стационаре по клинико-статистической 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. Оплата медицинской помощи, оказываемой вне медицинских организаций

Оплата скорой и неотложной помощи, оказываемой вне медицинской организации выездными бригадами, производится в соответствии с Порядком формирования подушевого норматива оплаты скорой и неотложной медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установленным Тарифным соглашением.

6. Оплата случаев лечения при проведении диализа

Оплата процедур при заместительной почечной терапии, проводимой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, осуществляется за законченный случай лечения, учитывающий количество фактически выполненных услуг, и являющийся составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по клинико-статистической группе в рамках одного случая лечения.

При оплате процедур заместительной почечной терапии, оказанной в условиях дневного стационара, за единицу объема принимается один месяц лечения.

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

При этом в период лечения как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств обязательного медицинского страхования), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.