

**Порядок
применения тарифов на оплату медицинской помощи взрослому и детскому
населению в медицинских организациях стационарного типа**

1. Общие положения

Оплата стационарной медицинской помощи осуществляется:

- за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний и предусматривает применение тарифов в соответствии с клинико-профильными группами (далее – КПГ) и клинико-статистическими группами (далее – КСГ) в соответствии с Приложением №4;
- 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, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Оплата стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется за законченный случай лечения, включенного в соответствующую КПГ и КСГ во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
- услуг диализа, включающих различные методы.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения в соответствии с Приложением № 18 к Генеральному тарифному соглашению.

Законченный случай лечения в стационаре - совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре 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 другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

Тарифы предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов.

Средний размер финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия составляет 5 596,07 рублей.

Средний размер финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия составляет 4 554,36 рублей.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КПГ составляет 25 925,04 рублей.

Оплата медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия осуществляется в соответствии со структурой тарифа и способом оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения на основе КПГ и КСГ заболеваний.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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.

При формировании счета по конкретному страховому случаю, медицинская организация из перечня основных тарифов выбирает тарифы в соответствии с профилем отделения (профилем койки), в котором оказана медицинская помощь.

Все заболевания распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение заболевания к конкретной КПГ не учитывается (при оказании медицинской помощи на терапевтических койках пациенту с диагнозом "Бронхиальная астма", который относится к КПГ "Пульмонология", оплата производится по соответствующей

койкам КПГ, вне зависимости от того, что данная заболевание входит в КПГ "Пульмонология").

Исключением являются профиль "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия", лечение в рамках которых осуществляется только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия" соответственно.

Если предметом основных лечебно-диагностических мероприятий в рамках конкретного страхового случая явилось не основное заболевание, а сопутствующее (конкурирующее) заболевание, состояние или синдром, то при условии наличия заключения врачебной комиссии МО применяется тариф, предназначенный для этого состояния или заболевания.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре осуществляется за количество проведенных им дней с учетом стоимости и средней длительности госпитализации по КПГ (стоимость дня (С д) проведенного в стационаре выводится как отношение средней длительности госпитализации (Дср) по КПГ к стоимости КПГ (С кпг) Скд = Скпг / Дср). При этом, стоимость оплаты КПГ прерванного случая лечения не должно превышать 100% стоимости соответствующей КПГ. Группы круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в таблице ниже.

Перечень групп заболеваний круглосуточного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

№пп	Наименование групп заболеваний
1	Осложнения, связанные с беременностью
2	Беременность, закончившаяся abortивным исходом
3	Родоразрешение
4	Кесарево сечение
5	Операции на женских половых органах (уровень 1)
6	Операции на женских половых органах (уровень 2)
7	Ангионевротический отек, анафилактический шок
8	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
9	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
10	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе*
11	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов

	протеинкиназы*
12	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
13	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
14	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
15	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
16	С сотрясение головного мозга
17	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
18	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
19	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
20	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
21	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
22	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
23	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
24	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
25	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
26	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
27	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
28	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
29	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
30	Замена речевого процессора
31	Операции на органе зрения (уровень 1)
32	Операции на органе зрения (уровень 2)
33	Операции на органе зрения (уровень 3)
34	Операции на органе зрения (уровень 4)
35	Операции на органе зрения (уровень 5)
36	Операции на органе зрения (уровень 6)
37	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
38	Отравления и другие воздействия внешних причин
39	Доброкачественные новообразования, новообразования <i>in situ</i> кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
40	Операции на органах полости рта (уровень 1)
41	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
42	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
43	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Прерванный случай лечения - случай оказания медицинской помощи при длительности лечения ниже минимальной длительности по порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, протоколами лечения и (или) клиническими рекомендациями (летальный исход, самовольный уход,

письменный отказ от дальнейшего лечения, выписка по семейным обстоятельствам, перевод в другое учреждение по желанию пациента и другие случаи), при котором не достигнут планируемый результат.

Минимальная длительность лечения минимально необходимый срок лечения, при котором гарантируется выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий, описанный в клинической части порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения), и достигнут планируемый результат.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Оплата таких случаев лечения осуществляется за количество проведенных им койко-дней в стационаре с учетом стоимости и средней длительности госпитализации по КПГ или КСГ (стоимость койко-дня (Скд) проведенного в стационаре выводится как отношение средней длительности госпитализации (Дср) по КПГ к стоимости КПГ (С кпг) Скд = Скпг / Дср).

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КПГ, случай оплачивается в размере:

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 50% от стоимости КПГ;
- при длительности лечения более 3-х дней 70% от стоимости КПГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного

заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КПГ, за исключением прерванных случаев.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КПГ с наибольшим размером оплаты.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например*: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КПГ, формируемой по коду МКБ 10

либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КПГ.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КПГ, формируемой по коду МКБ 10.

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 в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КПГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КПГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной

медицинской помощи медицинской помощи по соответствующему методу.

Оплата случая лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КПГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара - за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КПГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КПГ, являющейся

поводом для госпитализации.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) при оказании услуги диализа составляет 77 730,9 рублей.

Средняя стоимость проведения процедуры диализа (базовая ставка) составляет 5 979,3 рублей.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Оплата случаев лечения по профилю "Акушерство и гинекология"

В стационарных условиях в стоимость КПГ по профилю "Акушерство и гинекология", предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по профилю "Неонатология".

Оплата одного пролеченного как по двум случая таким как: «Осложнения, связанные с беременностью» и «Родоразрешение», «Осложнения, связанные с беременностью» и «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по 2 случаям возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

В случаях, не предусмотренных данным Порядком, страховые медицинские организации (далее – СМО) и МО руководствуются нормами, установленными нормативными документами, регламентирующими работу в сфере ОМС Республики Ингушетия, и настоящим ГТС.

Перечни МО и уровни оказания медицинской помощи в стационарных условиях, приведены в **Приложении № 14** к ГТС на 2019 год.

2. Порядок применения тарифов на стационарную медицинскую помощь

2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях населению в объеме Территориальной программы ОМС, в соответствии с Приложением № 4, 17 к ГТС на 2019 год применяются в МО стационарного типа.

Уровни оказания медицинской помощи и поправочные коэффициенты оплаты КПГ для расчета законченного случая по медицинским услугам, оказываемым за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на территории Республики Ингушетия установлены в соответствии с Приложением №14.

Коэффициенты относительной затратоемкости КПГ установлены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренные решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 12 ноября 2018 года № 66/11/15).

2.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в МО стационарного типа в объеме Территориальной программы ОМС в соответствии с Приложением № 4, 17 применяются всеми МО стационарного типа.

Оплата медицинской помощи при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, осуществляется при соответствии диагнозов, установленных у новорожденных в первые 168 часов от момента рождения.

В случае, если диагноз был поставлен в стационаре ребенку по истечении 168 часов с момента рождения, оплата по тарифам с вышеуказанными кодами, должна быть подтверждена результатами экспертизы качества медицинской помощи.

Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, установлены в Приложении № 17 к ГТС на 2019 год и являются тарифами за законченный случай лечения. Предъявление к оплате МО оказанной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется отдельными реестрами.

2.3. При предъявлении к оплате медицинской помощи по тарифам в соответствии с Приложением № 4,17 дополнительные тарифы за анестезиологические, реанимационные пособия, и дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги не применяются.

Длительность лечения исчисляется в календарных днях, включая выходные и праздничные дни. День поступления и день выписки считаются за 1 день лечения.