Приложение 1

к Дополнительному соглашению

Приложение № 1/январь - декабрь

к Генеральному тарифному

соглашению на 2014 год

Порядок

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

**1. Общие положения**

Оплата за случай госпитализации предусматривает применение тарифов в соответствии с клинико-профильными группами (далее – КПГ).

Тарифы предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

Оплата медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия осуществляется в соответствии со структурой тарифа.

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 оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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

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 койко-дней в стационаре с учетом КПГ.

При переводах пациента с одного отделения в другое в пределах одной МО, вызванных уточнением основного диагноза, счет выставляется за один страховой случай по тарифу с кодом тарифа, соответствующему окончательному диагнозу.

Одним страховым случаем считаются первая и повторные госпитализации пациента в тот же стационар и с тем же диагнозом в период (от даты окончания первой госпитализации до даты начала повторной госпитализации), не превышающий длительности пребывания по соответствующей КПГ, установленной в Генеральном тарифном соглашении (далее - ГТС) (за исключением случаев этапного лечения). Такой страховой случай по результатам медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи (МЭЭ/ЭКМП) оплачивается по тарифу КПГ, соответствующему окончательному диагнозу.

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.

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** к ГТС на 2014 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 **Приложениеми №19,20.**

Коэффициенты относительной затратоемкости КПГ установлены в соответствии с Приложением 1 к Методическим рекомендациям  
по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования, утвержденными [Приказом Федерального фонда ОМС от 14 ноября 2013 г. № 229.](garantF1://70418710.0)

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

**2.3.**Дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги в МО в объеме Территориальной программы ОМС в соответствии с **Приложением № 13, 14** к ГТС на 2014 год применяются МО для взрослого и детского населения.

## Дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги (исследования на магнитно-резонансном и компьютерном томографе, законченный случай оказания медицинской помощи в отделении эфферентной хирургии и диализа крови) применяются дополнительно к основному тарифу за случай госпитализации или случай лечения в дневном стационаре.

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