Приложение № 1/январь - декабрь

к Генеральному тарифному

соглашению на 2016 год

Порядок

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

**1. Общие положения**

# Оплата стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения предусматривает применение тарифов в соответствии с клинико-профильными группами (далее – КПГ) в соответствии с Приложением №4.

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

# З**аконченный 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 2016 год.

Средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КПГ составляет 20297,6 рублей. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 4135,8 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 клинико-профильных групп 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 в соответствии с Приложением №19.

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 стоимости и средней длительности госпитализации по КПГ (стоимость койко-дня (Скд) проведенного в стационаре выводится как отношение средней длительности госпитализации (Дср) по КПГ к стоимости КПГ (С кпг) Скд = Скпг / Дср).

**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, 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.

Сверхкороткий случай лечения оплачивается в размере 50% от стоимости КПГ, определенной настоящим тарифным соглашением (основным критерием отнесения к КПГ является диагноз), при этом если пациенту была выполнена операция, являющаяся основным критерием отнесения данного случая лечения к КПГ, то случай оплачивается в размере 80% от стоимости КПГ.

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней.

При переводах пациента с одного отделения на другое в пределах одной МО, вызванных возникновением (обострением) другого заболевания, не связанного с основным заболеванием, счета выставляются отдельно, как за самостоятельный страховой случай.

При переводах пациента с одного отделения на 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.

Перечни МО и уровни оказания медицинской помощи стационарных условиях, приведены в **Приложении № 15** к ГТС на 2016 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 сПриложением № 4, 18 к ГТС на 2016 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 №15.

Коэффициенты относительной затратоемкости КПГ установлены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные [Письмо Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2015 г. N 11-9/10/2-7938, N 8089/21-И  
«О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования](garantF1://71195848.0)»

2.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в МО стационарного типа в объеме Территориальной программы ОМС в соответствии с Приложением № 4, 17,18применяются 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 № 18 к ГТС на 2016 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 № 4,18 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.