

Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур, в расчете на одно застрахованное лицо, определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, рассчитан в соответствии с разделом VII постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях финансирование осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

Оплата за единицу объема медицинской помощи применяется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования, а также при оплате за проведенную диспансеризацию, профилактические мероприятия и неотложную медицинскую помощь.

Базовая ставка подушевого финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2016 год, за исключением диспансеризации, профилактических мероприятий и неотложной медицинской помощи, составляет 2 896, 85 руб. в год на 1 человека.

1.1. По тарифу за **посещение с профилактической** и иными целями (приложение 5), в том числе:

прохождение медицинских осмотров взрослым населением и несовершеннолетними;

диспансеризация определенных групп взрослого населения и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

посещения врачом пациента на дому в связи с диспансерным наблюдением, патронажем, активное посещение, включая консультации врачей-специалистов (не связанное с оказанием неотложной медицинской помощи);

разовые посещения в целях получения направления на консультацию (в том числе однократное посещение врача терапевта-участкового, врача педиатра-участкового, для получения направления к врачам специалистам),

госпитализацию, получение справок, в том числе рецептов, оформление санаторно-курортной карты и других медицинских документов;

случаи однократного консультирования и оказания медицинской помощи при количестве посещений не более 1, не связанные с оказанием неотложной медицинской помощи.

В случае, если по итогам посещения с профилактической или иной целью выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного обращения), случай оформляется как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с профилактической или иной целью к оплате не предъявляется.

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения (приложение 8) I этап диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение 9), I этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних (приложение 10, I этап предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних (приложение 11, периодический медицинский осмотр несовершеннолетних (приложение 12) предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения по тарифам за комплексное посещение. II этап профилактического и предварительного медицинских осмотров несовершеннолетних, II этап диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз который не может быть установлен при проведении I этапа и оплачивается по посещениям с профилактической целью. (приложение 5).

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по утвержденным тарифам за комплексное посещение (приложение 6) производится в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации или медицинского осмотра), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований).

Случай диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается в рамках государственного задания в соответствии с Федеральным Законом № 83-ФЗ от 08.05.2010 г.

Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в порядке, установленном для диспансеризации пребывающих в

стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

1.2. По тарифу за посещение при оказании медицинской помощи **в неотложной форме** оплачиваются вызовы на дом фельдшера, врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врачей-специалистов при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной или скорой медицинской помощи, а также медицинская помощь, оказанная в кабинете неотложной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Оплата за посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме осуществляется по тарифу в соответствии с приложением 13.

1.3. По тарифу за **обращение** в связи с заболеванием (приложение 14).

Обращение по поводу заболевания - оказание первичной доврачебной (оказываемой зубными врачами), врачебной медико-санитарной, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, при количестве посещений не менее двух по поводу одного заболевания, с завершённым результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу, (за исключением стоматологии).

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» по форме, согласно приложению 3 к приказу Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255 (с кодировкой по пункту 16: цель посещения - 1 - заболевание).

Обращение по поводу заболевания считается законченным при достижении результата обращения, предусмотренного пунктом 17 Талона амбулаторного пациента: 1 - выздоровление; 2 - улучшение; 3 - динамическое наблюдения; направлен: 4 - на госпитализацию, 5 - в дневной стационар, 6 - стационар на дому.

Случаи консультативных приемов по поводу выявленного при первичном приеме заболевания с целью уточнения диагноза или определения тактики лечения включаются в законченный случай лечения независимо от количества посещений.

В обращение по поводу заболевания включаются посещения врачей-специалистов, выполняющих инструментально-диагностические, консультативные или лечебные услуги в пределах группы заболеваний по МКБ-10 соответствующего класса заболеваний.

МО ведет раздельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний.

При формировании реестра, код врачебной специальности и тариф законченного случая соответствует специальности врача, закрывшего Талон амбулаторного пациента. Код заболевания по МКБ-10 устанавливается по основному (уточненному) заболеванию.

При выявлении сопутствующего заболевания, требующего обследования и лечения, отнесенного к иной группе заболеваний по МКБ-10, формируется новый случай по общим правилам с оформлением нового Талона амбулаторного пациента, независимо от периода лечения по первоначальному заболеванию.

Оплате не подлежат посещения и обращения, в том числе обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

амбулаторные посещения в период пребывания пациента в круглосуточном и дневном стационарах;

обращения при совпадении периодов лечения и кодов заболеваний в рамках группы заболеваний по МКБ-10;

повторное обращение пациента в течение одного дня к врачу одной специальности в одной и той же МО.

1.4. При оказании стоматологической медицинской помощи (приложение 15).

Оплата стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, производится по принятым тарифам на медицинские услуги в стоматологии (УЕТ).

2. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях по тарифу за случай госпитализации согласно приложению 16).

Оплата медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам в стационарных условиях по Программе ОМС, производится по тарифам, установленным за единицу объема медицинской помощи путем применения коэффициента относительной затроемкости на основе клинико-профильных групп в соответствии с Рекомендациями.

Применены поправочные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи и управленческий коэффициент для тарифов на основе клинико-профильных групп в размере 1.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включают затраты за счет средств ОМС в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими

методами, все виды анестезий, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж и лечебную физкультуру).

При предоставлении одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю в МО в стационарных условиях права нахождения с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, в тариф на оплату оказанной ребенку медицинской помощи включены расходы на предоставление спального места и питания одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в Программу ОМС.

Компенсация затрат медицинских организаций на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в Программу ОМС.

3. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по тарифу случая лечения (приложение 18).

Оплата медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам в условиях дневного стационара по Программе ОМС, производится по тарифам, установленным за единицу объема медицинской помощи путем применения коэффициента относительной затратноемкости на основе клинико-профильных групп в соответствии с Рекомендациями.

Применены поправочные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи и управленческий коэффициент для тарифов на основе клинико-профильных групп в размере 1.

В случае прерванного лечения применяются тарифы на профильные пациенто-дни (приложение 19) включают затраты средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного дневного стационара, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру).

Затраты МО на оказание медицинской помощи при проведении заместительной почечной методом гемодиализа в условиях дневного стационара – законченный случай лечения, которым является случай лечения или один календарный месяц (включает в среднем 12 сеансов), проведенные за указанный период, оплачиваются по тарифу профиля медицинской помощи «Нефрология» (гемодиализ).

Заместительная почечная терапия методами гемодиализа застрахованным лицам проводится в рамках специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств ОМС, в том числе в части приобретения расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Оплата за проведенную химиотерапию в условиях дневного стационара при злокачественных новообразованиях осуществляется по законченному случаю, которым является один курс лечения.

4. При оказании **скорой медицинской помощи** (приложение 20);

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи за счет средств ОМС на территории города Байконур осуществляется по подушевому нормативу на прикрепленное застрахованное население.

Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой МО города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифу стоимости одного вызова скорой медицинской помощи.

Безрезультатный выезд к оплате не предоставляется и не оплачивается, так как его стоимость включена в структуру тарифа на оплату скорой медицинской помощи.

5. Расчет размера подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 1 год осуществляется ТФ ОМС города Байконур, исходя из численности застрахованных граждан, обслуживаемых соответствующей МО, базового месячного тарифа, исходя из 1/12 суммы средств запланированных по Программе ОМС в части оказания скорой медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на 2016 год и утверждается в составе Тарифного соглашения.

6. В стационарных условиях и в условиях дневных стационаров осуществляется обеспечение граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой медицинской помощи согласно приложению 1 к Территориальной программе.

7. Способ оплаты **прерванных случаев лечения**, оказанной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара осуществляется по стоимости 1 койко-дня и 1 пациенто-дня в соответствии с приложениями 17 и 19 в случаях, когда длительность лечения пациента составляет менее 70% от средней длительности пребывания одного

больного в стационаре и в дневном стационаре по профилям медицинской помощи.

8. Структура тарифа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предусматривает оплату диагностических и (или) консультативных услуг, в том числе проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии.

9. Затраты на питание включены только при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Расходы на продукты питания включают все виды затрат, за исключением расходов на приобретение спецпитания для работающих во вредных условиях (молоко и другие равноценные продукты).

10. За счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу, приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора с Министерством обороны Российской Федерации об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программам военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу.

11. За счет средств ОМС не оплачиваются расходы на приобретение иммунобиологических препаратов, предназначенных для профилактики заболеваний.

12. Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур, (план-задание МО) согласно приложению 7 к Территориальной программе, с последующей корректировкой при ее обоснованности.

13. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, пунктом 110 Правил оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО счетов, счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь в пределах объемов, согласно плану-заданию, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.
