

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, определён 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 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403.

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применен коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями), который составляет 1,24.

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, неотложную медицинскую помощь и оказание стоматологической помощи.

1.1. По тарифу за **посещение с профилактической** и иными целями (приложение 5 к Тарифному соглашению), 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 к Тарифному Соглашению) I этап диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение 9 к Тарифному Соглашению), I этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних (приложение 10 к Тарифному Соглашению), I этап предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних (приложение 11 к Тарифному Соглашению), периодический медицинский осмотр несовершеннолетних (приложение 12 к Тарифному Соглашению) 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 к Тарифному Соглашению).

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по утвержденным тарифам за комплексное посещение (приложение 6 к Тарифному Соглашению) 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 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

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 к Тарифному Соглашению.

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

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 завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу (за исключением стоматологии).

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» по форме, согласно приложению 3 к приказу Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (с кодировкой по пункту 22: обращение (цель): по заболеванию (коды А00-Т98) - 1).

Обращение по поводу заболевания считается законченным при достижении результата обращения, предусмотренного пунктом 25 Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях: выздоровление - 1; без изменения - 2; улучшение - 3; ухудшение - 4; летальный исход - 5; дано направление: на госпитализацию - 6, из них: по экстренным показаниям - 7, в дневной стационар - 8, на обследование - 9, на консультацию - 10, на санаторно-курортное лечение - 11.

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 отдельный 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 пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. 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 пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 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 к Тарифному Соглашению).

Оплата стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, производится по принятым тарифам на медицинские услуги в стоматологии (УЕТ). При расчете тарифа на оказание стоматологической медицинской помощи принято число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 2,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 6,5.

Учет выполненных объемов в УЕТ осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ (приложение 23 к Тарифному соглашению).

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

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 клинко-профильных групп в соответствии с приложением 1 к Рекомендациям.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применены поправочные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи и управленческий коэффициент на основе клинко-профильных групп (приложение 27 к Тарифному соглашению).

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 к Тарифному Соглашению).

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 затратноности на основе клинко-профильных групп в соответствии с приложением 2 к Рекомендациями.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применены поправочные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи и управленческий коэффициент на основе клинко-профильных групп (приложение 28 к Тарифному соглашению).

В случае прерванного лечения применяются тарифы на профильные пациенто-дни (приложение 19 к Тарифному Соглашению) 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 терапии методом гемодиализа в условиях дневного стационара – законченный случай лечения, которым является случай лечения или один календарный месяц (включает в среднем 13 сеансов), проведенные за указанный период, оплачиваются по стоимости услуги, указанной в приложении 19 к Тарифному соглашению.

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.

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

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 ТФОМС 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 2017 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, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах, а также скорой и неотложной медицинской помощи согласно приложению 4 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 к Тарифному Соглашению 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 жителей города Байконур, в соответствии с Методическими указаниями по предоставлению информации об объемах медицинской помощи и их финансового обеспечения членами комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (письмо ФОМС от 24 ноября 2015 г. № 7343/30-5/и), с последующей корректировкой при ее обоснованности.

13. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, пунктом 110 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО счетов, счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.
