Приложение №2

к Тарифному соглашению

об оплате медицинской помощи

в системе ОМС Республики Бурятия на 2019 год

от «23» января 2019 г.

**ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ В РАМКАХ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ**

г. Улан-Удэ

|  |  |
| --- | --- |
|  Оглавление[1. Общие положения 3](#_Toc534809587)[2. Термины и определения. 4](#_Toc534809588)[3. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях 6](#_Toc534809589)[4. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях 9](#_Toc534809590)[5. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара. 15](#_Toc534809591)[6. Порядок оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации. 19](#_Toc534809592)[7. Размер финансового обеспечения медицинской организации 20](#_Toc534809593)[7.1. Методика определения дифференцированных подушевых](#_Toc534809594) [нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях 20](#_Toc534809595)[7.2. Методика определения дифференцированных подушевых](#_Toc534809596) [нормативов финансирования скорой медицинской помощи 23](#_Toc534809597)[7.3. Финансовое обеспечение медицинской организации 25](#_Toc534809598)[8. Порядок взаимодействия при проведении межучрежденческих расчетов в условиях фондодержания 28](#_Toc534809599)[8.9. МО-Фондодержатель 30](#_Toc534809600)[8.10. МО-Исполнитель 31](#_Toc534809601)[8.11. СМО 32](#_Toc534809602)[8.12. Фонд 33](#_Toc534809603)[9. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ 34](#_Toc534809604)[Приложение № 1 35](#_Toc534809605)[Акт разногласий 35](#_Toc534809606)[Приложение № 2 36](#_Toc534809607)[Претензия…… 36](#_Toc534809608)[Приложение № 3 37](#_Toc534809609)[СВОДНЫЙ АКТ 37](#_Toc534809610)[Приложение № 4 39](#_Toc534809611)[ПРОТОКОЛ ОБРАБОТКИ РЕЕСТРА ПАЦИЕНТОВ 39](#_Toc534809612) |  |

* 1. Общие положения
	2. Применение способов оплаты медицинской помощи производится в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №14525/26-1/и от 21.11.2018 г.
	3. Перечень заболеваний, виды, объемы и условия предоставления медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств ОМС, определяются территориальной Программой ОМС в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2019 год.
	4. Прикрепление застрахованных граждан к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется с учетом требований Приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», Приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 21.12.2012 N 1342н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи".
	5. Порядок учета прикрепленного населения в системе ОМС производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия и Территориального фонда ОМС Республики Бурятия от 26.05.2014 г. №809-ОД/154 «Об утверждении порядка учета прикрепления застрахованных лиц».
	6. Фонд ежемесячно представляет медицинской организации (в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным) приказ об утверждении численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных граждан (далее – приказ о прикреплении) на отчетный период.
	7. Для отделений (станций) скорой медицинской помощи численность прикрепленных застрахованных граждан формируется по территории зоны обслуживания. Фонд ежемесячно представляет медицинской организации (в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным) приказ об утверждении численности прикрепленных застрахованных граждан по территории зоны обслуживания (далее – приказ о прикреплении СМП) на отчетный период.
	8. Оплата медицинской помощи производится страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) на основании счетов и реестров счетов, сформированных в сроки и порядке, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемого по форме, установленной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. №1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», Методическими указаниями по представлению информации в сфере ОМС, доведенные письмом Федерального фонда ОМС от 30.12.2011г. № 9161/30-1/и, и Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Бурятия, разработанным Территориальным фондом ОМС.
	9. Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Бурятия осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом требований Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденного приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010г. № 230.
	10. Основные подходы к группировке случаев, описание алгоритма группировки, структуры используемых справочников, особенности определения конкретных клинико-статистических групп, а также перечни КСГ круглосуточного и дневного стационаров, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, приведены в Инструкции (письмо ФФОМС 03.12.2018 N 15031/26-1/и «О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования»).
	11. Медицинская помощь по условиям ее оказания в плановой и экстренной формах оплачивается в пределах годовых плановых объемов **и/или стоимости медицинской помощи**, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС для медицинской организации.
	12. Информация в электронной форме, подписанная квалифицированной электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью, и может применяться в любых правоотношениях в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Термины и определения.

Дифференцированный подушевой норматив – ежемесячный объем финансирования МО - Фондодержателя на одно прикрепленное застрахованное лицо с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включающий в себя расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных организациях, состоящий из основной и стимулирующей частей.

Основная часть дифференцированного подушевого норматива – часть дифференцированного подушевого норматива МО - Фондодержателя на одно прикрепленное застрахованное лицо без учета показателей результативности деятельности медицинской организации.

Стимулирующая часть дифференцированного подушевого норматива – часть дифференцированного подушевого норматива, направляемая на выплаты стимулирующего характера медицинским организациям - фондодержателям за выполнение целевых показателей результативности деятельности.

Медицинские организации - фондодержатели (далее - МО-Фондодержатели) - организации, любой организационно-правовой формы собственности, участвующие в реализации территориальной Программы ОМС и имеющие застрахованных по ОМС прикрепленных граждан, оплата медицинской помощи которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленных лиц.

Медицинские организации – исполнители (далее МО - Исполнители) – медицинские организации любой организационно-правовой формы собственности, оказывающие внешние медицинские услуги. МО–Фондодержатель является одновременно МО–Исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным лицам.

Внешние медицинские услуги – консультативные, диагностические, лечебные услуги в амбулаторных условиях, медицинские услуги в условиях стационара и дневного стационара, оказываемые застрахованным по ОМС гражданам, не прикрепленным к МО-Исполнителю, по направлению МО–Фондодержателя, к которой данные застрахованные прикреплены.

Условная единица трудоемкости (далее - УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме.

Половозрастной коэффициент – коэффициент, учитывающий уровень затрат медицинской организации на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в зависимости от пола и возраста прикрепленных лиц.

Интегрированный коэффициент дифференциации – коэффициент, учитывающий уровень расходов медицинских организаций на содержание отдельных структурных подразделений (ФАП и т.п.), районные коэффициенты и надбавки к заработной плате, уровень тарифов на коммунальные услуги, плотность населения и отдаленность медицинских организаций, а также сложившуюся в регионе структуру расходов по условиям оказания медицинской помощи, и затраты медицинской организации на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в зависимости от пола и возраста прикрепленных лиц.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ – коэффициент, учитывающий уровень оказания медицинской помощи, сложность лечения пациентов и в отдельных случаях и управленческий коэффициент (при наличии).

Контрольные мероприятия – комплекс мероприятий по проверке соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, реализовываемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе повторно (реэкспертизы), в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Квалифицированная электронная подпись – выданная удостоверяющим центром электронной подписи автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования (далее - Удостоверяющий центр) Федерального фонда обязательного медицинского страхования, который совокупностью штатных, организационных, программных и технических мероприятий, обеспечивает деятельность по созданию и выдаче квалифицированных сертификатов ключей проверки электронных подписей участников автоматизированных информационных систем единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования и выполнение целевых функций удостоверяющего центра в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

3. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

* 1. Для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы:

**а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи):**

Расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включены в дифференцированный подушевой норматив за исключением расходов на оплату:

* всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения и перечень/осмотров исследований которых установлены нормативно-правовыми актами;
* процедур диализа, включающих различные методы;
* медицинской помощи, оказанной в неотложной форме медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц;
* медицинской помощи, оказанной приемными отделениями стационаров г. Улан-Удэ пациентам, не подлежащим дальнейшей госпитализации, травматологическими пунктами г. Улан-Удэ, антирабическим центром;
* медицинской помощи, оказанной стоматологическими медицинскими организациями, расположенными на территории г. Улан-Удэ;
* медицинской помощи, оказываемой в сурдологическом центре и центре патологии речи и нейрореабилитации;
* медицинской помощи, оказанной при обследовании, проводимой при подготовке к процедуре экстракорпорального оплодотворения в амбулаторных условиях;
* диагностического исследования «коронароангиография»;
* медицинской помощи, оказанной передвижными мобильными комплексами;
* медицинской помощи, оказанной центром медицинской профилактики;
* медицинской помощи, оказанной по дистанционному наблюдению пациентов за показателями артериального давления при подборе лекарственной терапии и при контроле эффективности лекарственной терапии;
* размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос);
* гистологическое исследование биопсийного материала.

Случаи исключения оплачиваютсяв пределах плановых объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

**б) За единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц):**

За **посещение** - медицинская помощь, оказанная:

* в неотложной форме медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц;
* приемными отделениями стационаров г. Улан-Удэ пациентам, не подлежащим дальнейшей госпитализации, круглосуточными травматологическими пунктами г. Улан-Удэ, антирабическим центром;
* центром медицинской профилактики;
* передвижными мобильными комплексами;
* в сурдологическом центре и центре патологии речи и нейрореабилитации;
* стоматологическими поликлиниками г. Улан-Удэ, с учетом УЕТ;
* за осмотр (консультацию) врача-специалиста, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения;
* в связи с профилактическими осмотрами несовершеннолетних (второй этап);
* при проведении второго этапа диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
* при проведении второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

За **обращение** (**законченный случай)** – медицинская помощь, оказанная:

* при обращении по поводу заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания;
* при обращении по поводу лечения одного зуба при оказании стоматологической помощи по сумме УЕТ;
* при проведении всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения и перечень исследований/осмотров которых установлены нормативно-правовыми актами.
* при обследовании, проводимом при подготовке на процедуру экстракорпорального оплодотворения в амбулаторных условиях.

За **медицинскую** **услугу** - медицинская помощь, оказанная:

* передвижными мобильными комплексами;
* при проведении процедур диализа;
* при проведении диагностики и исследований в амбулаторных условиях, в том числе при проведении всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения и перечень исследований которых установлены нормативно-правовыми актами;
* при дистанционном наблюдении пациентов за показателями артериального давления при подборе лекарственной терапии и при контроле эффективности лекарственной терапии;
* размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос);
* гистологическое исследование биопсийного материала.

При расчете тарифов стоматологической медицинской помощи применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный Тарифным соглашением об оплате медицинской помощи в системе ОМС Республики Бурятия на 2019 год (далее – Тарифное соглашение).

 Посещение на дому с целью констатации факта смерти оплате за счет средств ОМС не подлежит.

1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях
2. Расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, включены в дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-Фондодержателя, за исключением расходов на оплату:
* процедур диализа в стационарных условиях;
* заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
* медицинской помощи, оказанной по КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация», оказываемой ГАУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко»;
* медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» КСГ st37.001- st37.018, оказываемой ГАУЗ "РКЛРЦ "Центр Восточной медицины", ГАУЗ «ДКБСЦМР», ГАУЗ "Гусиноозерская ЦРБ"», ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ, АУ РБ «РКГВВ;
* медицинской помощи, оказываемой ООО МЦ «Диамед», ООО «Здоровье плюс».
* медицинской помощи, оказываемой ГБУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница», ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница», ГБУЗ «Городская больница №4», ГАУЗ «Детская клиническая больница с ЦМР» в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ и гриппа, в том числе осложненного бронхо-легочной патологией, определенного нормативным документом Министерства здравоохранения Республики Бурятия, по КСГ: st12.010-12.013, st23.004, st27.010.

Случаи исключения оплачиваютсяв пределах плановых объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями установлены следующие способы оплаты:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (далее - КСГ);

б) 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.

1. Расчет стоимости законченного случая осуществляется по КСГ во всех страховых случаях, за исключением:
* заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;
* услуг по проведению процедур диализа в стационарных условиях.
1. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев лечения, проводится в следующем порядке:

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи:

* при переводе пациента в другую медицинскую организацию;
* преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
* летальном исходе;
* при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Таблице 1.

Таблица 1

| № КСГ | Наименование КСГ (круглосуточный стационар) |
| --- | --- |
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st05.006 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые\* |
| st05.007 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые\* |
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| st05.009 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы\* |
| st05.010 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| st05.011 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети\* |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)\* |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)\* |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| st19.028 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| st19.029 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| st19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| st19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| st19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| st19.033 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| st19.034 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| st19.035 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| st19.036 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин  |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов\* |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

<\*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

 В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, прерванный случай оплачивается в размере:

* при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
* при длительности лечения более 3-х дней – 85% от стоимости КСГ.

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

* при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
* при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.
1. Оплата случая лечения по одному КСГ с наибольшим размером стоимости в пределах одной медицинской организации производится:
* при переводе пациентов из одного отделения в другое в рамках круглосуточного стационара;
* при переводе пациентов из круглосуточного стационара в дневной стационар.

Случаи исключения, при которых оплата производится по двум КСГ:

* перевод пациента, обусловленный 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;
* дородовая госпитализация в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением, и не менее 2 дней при оказании медицинской помощи с диагнозами О14.1, О34.2, О36.3, О36.4, О42.2;
* проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
* оказание медицинской помощи, связанной 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.

При этом если один из случаев исключения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными в п 4.4. правилами.

По каждому случаю оплаты по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

* 1. КСГ, к которым не применяется КУС (коэффициент уровня стационара) представлены в Таблице 2. Это группы, медицинская помощь по которым оказываются преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи.

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| N КСГ | Наименование КСГ |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st06.003 | Легкие дерматозы |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

* 1. В случае если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости.
	2. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается в следующих случаях:
		1. Сверхдлительной госпитализации свыше 30 дней, кроме следующих КСГ (Таблица 3), которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

 Таблица 3

|  |  |
| --- | --- |
| N КСГ | Наименование КСГ |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| st17.002 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| st17.003 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| st29.007 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| st33.007 | Ожоги (уровень 5) |

* + 1. Предоставления спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний (размер коэффициента устанавливается Тарифным соглашением), кроме КСГ st17.001-st17.003, относящихся к профилю «Неонатология».
		2. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года), (размер коэффициента устанавливается Тарифным соглашением), кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология».
		3. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.
	1. Высокотехнологичная медицинская помощь(далее – ВМП) согласно разделу I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, оплачивается за фактическое количество законченных случаев лечения, с указанием кодов ВМП и соответствующих им кодов медицинских услуг по тарифам, установленным Тарифным соглашением на основании нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденных разделом I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, согласно счетам и реестру счетов, в пределах объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, в разрезе каждой СМО.

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 разделом I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует разделу I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

* 1. При оплате случаев лечения при оказании услуг диализаприменяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.
	2. Медицинская помощь в стационарных условиях в плановой и экстренной формах оплачивается в пределах годовых плановых объемови/или стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС для медицинской организации в целом по стационару.
1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.
	1. Медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара оказанная МО-исполнителем пациенту по направлению МО-Фондодержателя, оплачивается СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-Фондодержателя за фактическое количество законченных случаев лечения в дневном стационаре любого типа, за исключением:
* процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу), лекарственной терапии у больных, получающих диализ;
* процедур экстракорпорального оплодотворения;
* медицинской помощи, оказанной ООО «Дентапроф», ООО МЦ «Диамед плюс» пациентам, страдающим психоневрологическими заболеваниями (КСГ ds26.001, ds34.001);
* медицинской помощи по профилю «Офтальмология» КСГ ds21.005, ds21.006, оказываемой ГАУЗ «ГП №6», ГАУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко**;**
* медицинской помощи по профилю «Инфекционные болезни» КСГ ds12.001-ds12.005, оказываемой ГБУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница»;
* медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» КСГ ds37.001- ds37.012, оказываемой АУ РБ «РКГВВ, ГАУЗ РКЛРЦ «ЦВМ», ГАУЗ «Городская поликлиника №2», ГАУЗ «Детская городская клиническая больница с центром медицинской реабилитации»;
* медицинской помощи, оказываемой ООО МЦ «Диамед», ООО МЦ «Диамед плюс», ООО «Центр амбулаторной хирургии «Де-Нова», ООО «Тамир», ООО «Формула здоровья», ООО «Дентапроф», ООО «Семейный доктор», ООО МЦ «Сонар».

Случаи исключения оплачиваютсяв пределах плановых объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

* 1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлены следующие способы оплаты:

а) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

б) 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.

* 1. Оплата по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу).

Законченным случаем лечения заболевания при проведении диализа в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

* 1. Экстракорпоральное оплодотворение, оказываемое за счет средств ОМС, оплачивается за фактическое количество законченных случаев лечения, в пределах объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.
	2. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев лечения, проводится в следующем порядке:

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи:

* при переводе пациента в другую медицинскую организацию;
* преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
* летальном исходе;
* при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень КСГ стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в Таблице 4.

 Таблица 4

|  |  |
| --- | --- |
| № | Наименование КСГ (дневной стационар) |
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный |
| ds05.003 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые\* |
| ds05.004 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые\* |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| ds05.006 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы\* |
| ds05.007 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| ds15.002 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)\* |
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)\* |
| ds19.018 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| ds19.019 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| ds19.020 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| ds19.021 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| ds19.022 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| ds19.023 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| ds19.024 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| ds19.025 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| ds19.026 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| ds19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| ds36.004 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов\* |

<\*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

* при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
* при длительности лечения более 3-х дней – 85% от стоимости КСГ.

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

* при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ;
* при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.
	1. Коэффициент сложности лечения пациентаприменяется в случае:

- проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение»);

Размеры коэффициентов устанавливаются Тарифным соглашением.

* 1. Медицинская помощь в условиях дневного стационара оплачивается в пределах годовых плановых объемови/или стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС для медицинской организации в целом по дневному стационару.
1. Порядок оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.
	1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.
	2. Для отделений (станций) скорой медицинской помощи численность прикрепленных застрахованных граждан формируется по территории зоны обслуживания. Фонд ежемесячно представляет медицинской организации (в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным) приказ об утверждении численности прикрепленных застрахованных граждан по территории зоны обслуживания на отчетный период.
	3. Скорая медицинская помощь, оказанная при «Остром коронарном синдроме с подъемом сегмента S-T» при проведении вне медицинской организации тромболизиса с применением лекарственных средств «актилизе», «метализе», «фортелизин» оплачивается за фактически выполненное количество случаев проведения тромболизиса, в пределах объемов и соответствующей им стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.
	4. Скорая медицинская помощь, оказанная незастрахованным гражданам, а также обслуживание спортивных и культурно-массовых мероприятий оплате за счет средств ОМС не подлежит.
	5. Выезд бригады скорой медицинской помощи с результатом обращения «Cмерть до приезда бригады СМП» оплате за счет средств ОМС не подлежит.
2. Размер финансового обеспечения медицинской организации

7.1. Методика определения дифференцированных подушевых

нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |  |
|  | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций. |  |

 Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДИНТ = КДПВ x КДСП x КДСИ x КДСУБ, где:

|  |  |
| --- | --- |
| КДИНТ | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| КДПВ | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
| КДСП | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, а также иных структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь); |
|  |  |
| КДСИ | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций; |
| КДСУБ | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для Республики Бурятия законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР. |

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц численность застрахованных лиц Республики Бурятия распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль - один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семь лет мужчины/женщины;

восемь лет - двенадцать лет мужчины/женщины;

тринадцать лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет - тридцать лет мужчины/женщины;

тридцать один год - тридцать девять лет мужчины/женщины;

сорок лет - пятьдесят девять лет мужчины;

сорок лет - пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Расчет коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основе данных о фактической стоимости оказанных медицинских услуг, включаемых в состав базового подушевого норматива финансирования.

Расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 1 год, но не менее 6 месяцев.

По каждому коэффициенту дифференциации определяются значения.

Рассчитывается интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций в соответствии с формулой (КДИНТ).

 Полученные значения КДинт ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы .

 В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$ПК=\frac{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i}×Ч\_{З}^{i})}{Пн\_{БАЗ}×Ч\_{З}}$, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$Ч\_{З}^{i}$$ | – | численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i-*той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек. |

Фактический дифференцированный подушевой норматив для *i-*той группы (подгруппы) медицинских организаций ($ФДПн$) рассчитывается по формуле:

$ФДПн^{i}=\frac{ДПн^{i}}{ПК}$, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ФДПн^{i}$$ | – | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для *i-*тойгруппы (подгруппы) медицинских организаций, рублей. |

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется сумма средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Размер дифференцированного подушевого норматива МО – Фондодержателя рассчитывается по следующей формуле:

*Nдпн = ΣNбазусл \*СКДинтiусл, где:*

*Nбазусл* – единый базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи по условиям ее оказания, устанавливаемый Тарифным соглашением;

*СКДинтiусл -* средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, определенный для i-той группы медицинских организаций по условиям ее оказания, установленный Тарифным соглашением.

 Дифференцированный подушевой норматив состоит из двух частей: основной *- Nосн* и стимулирующей *- Nосн*.

*Nстим =Dстим \** *Nдпн;*

*Nосн =Dосн \* Nдпн , где*

 *Dстим -* доля стимулирующей части - соответствует размеру стимулирующей частидифференцированного подушевого норматива, установленному Порядком осуществления выплат стимулирующего характера медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за выполнение целевых показателей деятельности в 2019 году (приложение 3 к Тарифному соглашению).

 *Dосн* - доля основной части - определяется по формуле:

*Dосн* = 100 – *Dстим.*

* 1. Методика определения дифференцированных подушевых

нормативов финансирования скорой медицинской помощи

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, для однородных групп медицинских организаций рассчитывается на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи с учетом объективных критериев дифференциации стоимости медицинской помощи по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций, рублей; |
|  | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той группы медицинских организаций (приложение № 6 к настоящему Тарифному соглашению). |

Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется для каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДИНТ = КДПВ x КДПН x КДСИ x КДСУБ, где:

|  |  |
| --- | --- |
| КДИНТ | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| КДПВ | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
| КДПН | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения; |
| КДСИ | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций; |
| КДСУБ | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для Республики Бурятия законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР. |

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц Республики Бурятия распределяется на следующие половозрастные группы:

ноль - один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семь лет мужчины/женщины;

восемь лет - двенадцать лет мужчины/женщины;

тринадцать лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет - тридцать лет мужчины/женщины;

тридцать один год - тридцать девять лет мужчины/женщины;

сорок лет - пятьдесят девять лет мужчины;

сорок лет - пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Расчет коэффициентов потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основе данных о фактической стоимости оказанных медицинских услуг, включаемых в состав базового подушевого норматива финансирования.

Расчетный период для определения половозрастных коэффициентов дифференциации составляет 1 год, но не менее 6 месяцев.

По каждому коэффициенту дифференциации определяются значения.

Рассчитывается интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций в соответствии с формулой (КДИНТ).

 Полученные значения КДинт ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы .

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$ПК=\frac{\sum\_{i}^{}(ДПн^{i}×Ч\_{З}^{i})}{Пн\_{БАЗ}×Ч\_{З}}$, где

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ Ч\_{З}^{i}$$ |  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i-*той группе медицинских организаций, человек. |

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для *i-*той группы медицинских организаций ($ФДПн$) рассчитывается по формуле:

$ФДПн^{i}=\frac{ДПн^{i}}{ПК}$, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ ФДПн^{i}$$ |  | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для *i-*той группы медицинских организаций, рублей. |

* 1. Финансовое обеспечение медицинской организации

Размер финансового обеспечения МО – Фондодержателя рассчитывается на основании дифференцированного подушевого норматива, количества прикрепленных застрахованных граждан, сумм, принятых СМО к оплате за отчетный месяц за внешние медицинские услуги, оказанные МО-исполнителями лицам, прикрепленным к МО-Фондодержателю, сумм за оказанные медицинские услуги, являющиеся исключением из оплаты по подушевому нормативу, сумм, принятых к оплате Фондом за медицинские услуги, оказанные лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, по формуле:

*ФОф= Nосн\* Чпр +Nстим(р)\*Чпр – Cвму+ Cиск+Cмтр, где:*

*ФОф* – размер финансового обеспечения МО-Фондодержателя за отчетный месяц;

*Nосн* – основная часть дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-Фондодержателя, утвержденного Тарифным соглашением;

*Чпр* – численность граждан, прикрепленных к МО-Фондодержателю и застрахованных конкретной СМО согласно приказу о прикреплении за отчетный месяц;

*Nстим(р)* – стимулирующая часть дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-Фондодержателя , утвержденного Тарифным соглашением (в случае, если итоги подводились в отчетном месяце) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации;

*Cвму* – сумма, принятая СМО к оплате за внешние медицинские услуги по условиям оказания согласно сводному протоколу по внешним услугам за отчетный месяц;

*Cиск* – стоимость медицинской помощи, исключенной из дифференцированного подушевого норматива;

*Cмтр* – стоимость медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, не имеющей прикрепившихся лиц, оказавшей медицинскую помощь (ФОи), определяется как сумма стоимости всех случаев оказания помощи в отчетном периоде:

*ФОи = ΣССксг+ ΣССиск+ΣCапо+Cмтр , где:*

*ФОи* - размер финансового обеспечения МО-исполнителя за отчетный месяц,

*ССксг* – стоимость одного случая госпитализации (лечения) в стационаре (дневном стационаре) по КСГ;

*ССиск* – стоимость случая (услуги), являющегося исключением;

*Cапо* – стоимость единицы объема медицинской помощи (обращения (законченного случая) по поводу заболевания, посещения, услуги), оказанной в амбулаторных условиях

*Cмтр* – стоимость медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

Стоимость одного случая лечения в стационаре (дневном стационаре) по КСГ (ССксг) определяется по формуле:

*ССксг = БС \* КЗ ксг \* ПК\* Кд, где:*

*БС* – базовая ставка финансирования медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара), рассчитываемая как соотношение общего объема средств, предназначенных на финансовое обеспечение стационарной (в условиях дневного стационара) медицинской помощи по КСГ, к планируемому количеству случаев госпитализации по КСГ и среднего поправочного коэффициента, и утверждаемая Тарифным соглашением;

*КЗксг* – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, устанавливаемый Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, разработанными Минздравом России и Федеральным фондом ОМС;

*ПК* – поправочный коэффициент оплаты КСГ;

*Кд* – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 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" (Приложение №26).

|  |
| --- |
| *ПК = КУ ксг\*КУСмо\*КСЛП, где**КУксг* – управленческий коэффициент по КСГ, к который отнесен данный случай госпитализации (лечения);*КУСмо* - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (приложение №27 к Тарифному соглашению);*КСЛП* - коэффициент сложности лечения пациента, установленный для случая госпитализации (лечения), (приложение №28 к Тарифному соглашению). |
| Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. |

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения, дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов, по следующей формуле:

$ФО\_{СМП}=Nсмп×Чзл+ОСиск+Cмтр$*, где:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ФО\_{СМП}$$ | – | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| $$Nсмп$$ | -  | утвержденный Тарифным соглашением дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи |
|  |  |  |
| $$Чзл$$ | – | численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек. |
| ОСиск | - | стоимость медицинской помощи, исключенной из оплаты по дифференцированному подушевому нормативу (тромболизис) |
| Cмтр | - | стоимость медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ |

1. **Порядок взаимодействия при проведении межучрежденческих расчетов в условиях фондодержания**
	1. Медицинские услуги, в том числе внешние медицинские услуги, оказанные неприкрепленному населению, формируются и представляются медицинскими организациями в Фонд в соответствии с разработанными Территориальным фондом ОМС Республики Бурятия Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Бурятия.
	2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается застрахованным лицам без направления и оплачивается за счет средств МО-Фондодержателя в бесспорном порядке в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.
	3. Внешние медицинские услуги в плановой форме оказываются на основании направления МО-Фондодержателя, за исключением:
* медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в амбулаторных условиях ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ», по эпидемиологическим показаниям - в ГАУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер», динамического наблюдения за пациентами, первично направленными МО-фондодержателями в Республиканском гепатологическом центре ГБУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница», которая оплачивается без направления за счет средств МО - фондодержателя в бесспорном порядке в пределах плановых объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС;
* обследования и лечения застрахованных лиц, призываемых на военную службу по решению военных комиссариатов, которые осуществляются по направлению врачей–специалистов военных комиссариатов без согласования с МО-фондодержателем;
* обследование застрахованных лиц допризывного возраста, а также призываемых на военную службу для освидетельствования врачами-специалистами военных комиссариатов осуществляется без согласования с МО-фондодержателем;
* обследования застрахованных лиц по направлению специалистов бюро МСЭ с целью уточнения диагноза осуществляется без согласования с МО-фондодержателем;
* медицинской помощи, оказываемой в отделении челюстно-лицевой хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», которая осуществляется по направлению врача-специалиста стоматологической поликлиники г. Улан-Удэ без согласования с МО-фондодержателем;
* обследования застрахованных несовершеннолетних подростков, направленных по решению суда в Центр временного содержания несовершеннолетних подростков Министерства внутренних дел по Республике Бурятия, осуществляется по направлению медицинских работников Центра временного содержания несовершеннолетних подростков Министерства внутренних дел по Республике Бурятия (врач, медицинская сестра) без направления МО – фондодержателя, оплачивается за счет средств МО – фондодержателя в бесспорном порядке;
* медицинскойпомощи, оказываемой в стационарных условиях в перинатальных центрах и в других медицинских организациях по профилю койки (отделения) «Патология беременных»;
* медицинской помощи, оказываемой по профилю «Неонатология»;
* медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам с наличием трансплантированной почки (код МКБ X – Z94.0), в амбулаторных условиях в ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (при диспансерном наблюдении) и в ГБУЗ «Городская поликлиника №1» (лекарственный мониторинг иммуносупрессивной терапии (код услуги – А09.05.035) по направлению врача-нефролога ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко») без согласования с МО-фондодержателем;
* медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в кабинетах катамнестического наблюдению за детьми с перинатальной патологией ГАУЗ «РПЦ», ГАУЗ «ГПЦ», ГАУЗ «ДРКБ» в соответствии с «Порядком взаимодействия медицинских организаций с Кабинетом катамнеза», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия от 26.07.2018 г. №473 - ОД по направлению врача специалиста МО-Фондодержателя. С целью динамического наблюдения направление действует в течение года;
* медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой ГБУЗ «БРКОД» при подозрении МО-исполнителем у пациента онкологического заболевания;
* медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара ГАУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко», ГАУЗ «ДРКБ МЗ РБ», ГБУЗ «БРКОД» по профилю: «Гематология» st05.006-st05.011, «Детская онкология» st08.001, «Онкология» st19.001-st19.055;
* медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара ГАУЗ «ДРКБ МЗ РБ», ГБУЗ «БРКОД», ГАУЗ «Городская поликлиника №2», ГАУЗ «Городская поликлиника №6» по профилю: «Гематология» ds05.003-ds05.008, «Детская онкология» ds08.001, «Онкология» ds19.001-ds19.029.
	1. В реестрах оказанных медицинских услуг МО-Исполнитель в обязательном порядке указывает направившую МО. В случае несоответствия МО направившей и МО – Фондодержателя, внешние медицинские услуги оплачиваются за счет средств направившей МО.
	2. Направление оформляется в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 года № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».
	3. Учет выданных направлений на плановую госпитализацию в стационарных условиях и условиях дневного стационара согласно приказа Письма ФФОМС от 25 июня 2018 года № 6696/30-2/5564 «О направлении методических рекомендаций» ведётся в информационной системе сопровождения застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями (далее – ИС СЗЛ СМО), или в медицинской информационной системе (далее – МИС) при наличии интеграции.
	4. Учет выданных направлений на получение медицинской помощи в амбулаторных условиях ведется в порядке, установленном МО-Фондодержателем.
	5. На уровне первичного технологического контроля реестров в целях уменьшения не подтвержденных МО-Фондодержателем случаев госпитализации Фонд проводит проверку внешних медицинских услуг, оказанных в стационарных условиях и условиях дневного стационара в плановом порядке, на наличие направления и факта госпитализации в ИС СЗЛ СМО.
	6. МО-Фондодержатель:
		1. ведет учет всех выданных направлений на госпитализацию в плановой форме в стационарных условиях и условиях дневного стационара в ИС СЗЛ СМО, или в МИС при наличии интеграции с ИС СЗЛ СМО;
		2. ведет учет всех выданных направлений на получение медицинской помощи в амбулаторных условиях в плановой форме в иные медицинские организации;
		3. направляет прикрепленных пациентов, сверяя с региональным сегментом застрахованных лиц, для получения внешних медицинских услуг к МО-Исполнителю с выдачей им направлений, содержащих сведения о цели направления с приложением необходимых результатов исследований и консультаций. При необходимости согласовывает с МО-исполнителем госпитализацию в стационар или дневной стационар. Согласованием считается внесение сведений МО-фондодержателем о направлении застрахованного в ИСЗЛ СМО, в том числе без выдачи направления пациенту на бумажном носителе;
		4. направляет в Фонд реестр счетов персонифицированных сведений о пролеченных пациентах, которым в отчетном периоде была оказана медицинская услуга в рамках собственной деятельности, в соответствии с фактическим количеством оказанных услуг;
		5. проводит проверку полученного от Фонда реестра пациентов, прикрепленных к МО-Фондодержателю, которым оказаны внешние услуги МО-Исполнителями на соответствие пациентов собственному учету выписанных направлений и направлений врача специалиста МО-Исполнителя к другому врачу специалисту этой же или другой медицинской организации при наличии первичного направления врача МО-Фондодержателя в отношении того же прикрепленного пациента;
		6. При выявлении случаев оказания медицинских услуг МО-Исполнителем без направления, обнаружения фактов необоснованного завышения объемов медицинской помощи и других спорных вопросов, МО-Фондодержатель в течение **5 рабочих дней** с момента получения Протоколов обработки реестров от Фонда направляет на бумажном носителе или в электронной форме Акт разногласий, МО-Исполнителю по форме (Приложение №3), в котором указываются пациенты и оказанные медицинские услуги, оплату которых МО-Фондодержатель не подтверждает. В случае нарушения сроков представления Акта разногласия, спорный вопрос не рассматривается;
		7. при согласии МО-исполнителя с Актом-разногласий в течение **2 рабочих дней** направляет в СМО на бумажном носителе или в электронной форме подписанный Акт-разногласий с приложением копии направления для проведения перерасчета удержанных СМО сумм.
	7. МО-Исполнитель:
		1. оказывает пациентам медицинские услуги при предъявлении ими направления МО-Фондодержателя. В случаях госпитализации в плановой форме в стационарных условиях и условиях дневного стационара проверяет наличие направления в ИС СЗЛ СМО. В случае отсутствия сведений о выданном направлении в ИС СЗЛ СМО предпринимает меры по разрешению данного вопроса с МО-Фондодержателем без отказа пациенту в госпитализации;
		2. при оказании медицинских услуг в амбулаторных условиях, вправе для достижения цели, указанной в направлении, самостоятельно с учетом имеющихся результатов исследований и консультаций определять перечень необходимых пациенту дополнительных медицинских услуг (консультаций узких специалистов, диагностических исследований с учетом состояния его здоровья, выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения). При наличии показаний для оказания специализированной медицинской помощи, требующей специальных методов диагностики и лечения, отсутствующих в МО-фондодержателе, вправе направить пациента на госпитализацию в стационар или дневной стационар этой или другой медицинской организации при условии согласования с МО-фондодержателем. Согласованием госпитализации в стационар или дневной стационар является внесение сведений МО-фондодержателем о направлении застрахованного в ИСЗЛ СМО, в том числе без выдачи направления пациенту на бумажном носителе;
		3. направляет в Фонд реестр счетов персонифицированных сведений о пролеченных пациентах, которым в отчетном периоде была оказана медицинская помощь;
		4. в случае возникновения разногласий с МО-Фондодержателем предпринимает все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестру, предъявленному на оплату;
		5. в случае несогласия с Актом разногласия МО-Фондодержателя по оказанию медицинских услуг МО-Исполнителем, в течение 5 рабочих дней со дня получения Акта разногласий от МО-Фондодержателя, направляет МО-Фондодержателю Претензию по форме (Приложение № 4), в котором указываются пациенты и оказанные медицинские услуги, в СМО Акт разногласий МО-Фондодержателя и Претензию с приложением подтверждающих документов (первичной медицинской документации). Не представление Претензии в адрес СМО и МО-Фондодержателя является согласием МО-Исполнителя с Актом разногласия МО-Фондодержателя, оказанные медицинские услуги считаются необоснованными и не подлежат оплате. В случае нарушения сроков представления Претензии и подтверждающих документов, спорный вопрос не рассматривается. В случае не снятия разногласий и несогласия с результатами контрольных мероприятий СМО, медицинская организация-исполнитель в течение 10 рабочих дней со дня получения актов СМО направляет претензию в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия. Претензия оформляется в письменной произвольной форме и направляется вместе с необходимыми материалами: первичная медицинская документация, обоснование претензии;
		6. в случае согласия с Актом разногласия МО-Фондодержателя по оказанию медицинских услуг МО-Исполнителем, в течение **1 рабочего дня** со дня получения Акта разногласий от МО-Фондодержателя, направляет МО-Фондодержателю на бумажном носителе или в электронной форме подписанный Акт-разногласий с приложением копии направления для проведения перерасчета удержанных СМО сумм.

## СМО:

* + 1. на основании Акта разногласия МО-Фондодержателя и Претензии МО-Исполнителя, в течение **15 рабочих дней** осуществляет медико-экономическую экспертизу с целью выявления обоснованности или необоснованности предоставления к оплате МО-Исполнителем медицинских услуг, отказанных в оплате МО-Фондодержателем. По итогам медико-экономической экспертизы специалистом-экспертом СМО могут быть применены к МО-Фондодержателю и/или МО-исполнителю меры, предусмотренные перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи, утвержденного Тарифным соглашением (приложение № 30). По результатам проведенной медико-экономической экспертизы СМО формирует сводный акт медико-экономической экспертизы (Приложение №5 к Порядку оплаты медицинской помощи), в котором в том числе обоснованной считается медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара и стационарных условиях, по направлению врача-консультанта МО-исполнителя при условии согласования с МО-фондодержателем путем внесения сведений МО-фондодержателем о направлении застрахованного в ИСЗЛ СМО;
		2. результаты медико-экономической экспертизы учитывает при оплате за оказанные внешние медицинские услуги в периодах, следующих за отчетным;
		3. с учетом результатов медико-экономической экспертизы, в том числе по рассмотрению спорных вопросов по Актам-разногласий и Претензий, формирует протокол обработки реестра по форме (Приложение №6) для МО-Исполнителя и сводный счет для МО-Фондодержателя по форме (Приложение №5), в котором указывается сумма, принимаемая СМО к оплате за внешние медицинские услуги за счет дифференцированного подушевого норматива конкретной МО-Фондодержателя;
		4. при выявлении случаев необоснованного оказания МО-Исполнителем медицинских услуг, а также в случае не представления МО-Исполнителем Претензии, производит удержание с МО-Исполнителя сумм неподтвержденных медицинских услуг с восстановлением данной суммы МО-Фондодержателю;
		5. в случае получения от МО-Фондодержателя на бумажном носителе или в электронной форме подписанного Акта-разногласий с приложением копии направления в течение **2 рабочих дней** производит удержание суммы внешних услуг с направившей МО по данным направления;
		6. при проведении медико-экономического контроля реестров-счетов за оказанную МО-Фондодержателем медицинскую помощь своему прикрепленному населению и оплачиваемую по подушевому нормативу финансирования, выявленные случаи неоплаты отражает в Акте медико-экономического контроля с нулевой суммой удержания;
		7. при выявлении случаев неоплаты по результатам медико-экономического контроля медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем и оплачиваемой из средств подушевого норматива финансирования МО-Фондодержателя, уведомляет МО-Фондодержателя об уменьшении суммы внешних услуг и увеличении суммы финансирования медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

## Фонд:

* + 1. на уровне обработки реестров оказанных медицинских услуг проверяет в реестрах МО-исполнителя заполнение сведений о направившей МО (тег «NPR\_MO»);
		2. после обработки реестров ежемесячно формирует для СМО, МО-Фондодержателя и МО-Исполнителя сводные протоколы по внешним услугам и персонифицированные списки с указанием направившей МО.
		3. в случае не снятия разногласий и несогласия МО-Фондодержателя и/или МО-Исполнителя проводит повторные контрольные мероприятия по результатам рассмотрения спорных вопросов филиалом СМО.
1. **Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ**
	1. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ, осуществляется Фондом в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011г. № 158н.
	2. Оплата медицинской помощи, оказанная в стационарных условиях и условиях дневного стационара, производится за фактическое количество законченных случаев по КСГ, утвержденным Тарифным соглашением, кроме случаев, являющихся исключениями.
	3. Оплата помощи, оказанной в амбулаторных условиях производится за фактическое количество врачебных посещений и лечебно-диагностических услуг по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.
	4. Оплата диспансеризации производится за фактическое количество законченных случаев, диагностических услуг и врачебных посещений при условии прикрепления застрахованных лиц в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 21.12.2012 года № 1342н "Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».
	5. Оплата медицинских осмотров несовершеннолетних, профилактических осмотров взрослого населения производится за фактическое количество законченных случаев при условии прикрепления застрахованных лиц в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 21.12.2010 года № 1342н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного ок5азания медицинской помощи».
	6. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, производится по тарифам за выполненный вызов, за случай проведения вне медицинской организации тромболизиса при «Остром коронарном синдроме с подъемом сегмента S-T» с применением лекарственных средств «метализе», *«*актилизе*» и* «фортелизин»*.*
	7. Оплата производится на основании счетов и реестров, представляемых медицинской организацией в Фонд ежемесячно, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления счета.

 Приложение № 1

К Порядку оплаты медицинской помощи

Главному врачу МО-Исполнителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Акт разногласий

№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

по оплате реестра пациентов, которым оказаны внешние медицинские услуги

медицинской организацией-исполнителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

за период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Медицинская организация–Фондодержатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 не подтверждает оплату внешних медицинских услуг:

I. Медицинская помощь в амбулаторных условиях на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Перечень сведений о пациентах и оказанным им услугам с указанием причин:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. Медицинская помощь в условиях дневного стационара на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Перечень сведений о пациентах и оказанным им услугам с указанием причин:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

III. Медицинская помощь в условиях стационара на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Перечень сведений о пациентах и оказанным им услугам с указанием причин:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врачМО-Фондодержателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  подпись расшифровка подписиМП | Главный врачМО-Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  подпись расшифровка подписиМП |

Приложение № 2

К Порядку оплаты медицинской помощи

 Главному врачу МО-Фондодержателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Директору СМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Претензия

№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

на Акт разногласий №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

по оплате реестра пациентов, которым оказаны

внешние медицинские услуги медицинской организацией-исполнителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

за период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Медицинская организация–исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

не согласна с отказом МО-Фондодержателя в оплате оказанных внешних медицинских услуг:

I. Медицинская помощь в амбулаторных условиях: (указать причину):

Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя, с приложением копий направлений установленного образца и других документов обоснованности оказания медицинской помощи.

II Медицинская помощь в условиях дневного стационара на сумму: (указать причину):

Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-фондодержателя, с приложением копий направлений установленного образца и других документов обоснованности оказания медицинской помощи.

 III Медицинская помощь в условиях стационара на сумму: (указать причину):

Пофамильная выписка из Акта разногласий Фондодержателя, с приложением копий направлений установленного образца и других документов обоснованности оказания медицинской помощи.

М.П.

 Главный врач МО-Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 подпись расшифровка подписи

Приложение № 3

К Порядку оплаты медицинской помощи

## СВОДНЫЙ АКТ

медико-экономической экспертизы обоснованности оказания медицинской помощи

от «\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_г.

 1. Рассмотрены:

а) реестр медицинских услуг, оказанных МО-Исполнителем \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

                                    (наименование МО)

и не подтвержденных МО-Фондодержателем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

           (наименование МО)

б) медицинская документация (амбулаторная карта, журнал учета и др.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) направления, выданные медицинскими организациями

2. Установлено:

2.1. Медицинские услуги оказаны обоснованно (пофамильно).

2.1.1. По направлению установленного образца МО-Фондодержателя (количество посещений, услуг, законченных случаев):

Медицинская помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

Медицинская помощь в условиях дневного стационара \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

Медицинская помощь в стационарных условиях *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

2.1.2. По направлению врача-консультанта (количество случаев) при условии согласования с МО-фондодержателем путем внесения сведений МО-фондодержателем о направлении застрахованного в ИСЗЛ СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

2.1.3. Без направления (количество случаев) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Неотложная медицинская помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

Медицинская помощь в условиях дневного стационара \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

Медицинская помощь в условиях стационара*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

2.1.4. Всего количество случаев обоснованных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2. Медицинские услуги оказаны необоснованно (пофамильно).

2.2.1. Без направления, по направлениям неустановленного образца и неотложная медицинская помощь (количество посещений, услуг): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская помощь в амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

Медицинская помощь в дневном стационаре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

Медицинская помощь в условиях стационара*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

2.2.2. По направлению врача-консультанта без показаний, без согласования с МО-фондодержателем путем внесения сведений МО-фондодержателем о направлении застрахованного в ИСЗЛ СМО (количество случаев) \_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

2.2.3. Медицинские услуги не подтверждены медицинской документацией \_\_\_\_\_\_\_\_

*Пофамильная выписка из Акта разногласий МО-Фондодержателя*

2.2.4. Всего количество случаев необоснованных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. РЕШЕНО:

3.1.Оплатить МО-Исполнителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_медицинские услуги, указанные в пункте 2.1.                          (наименование ЛПУ)

3.2.Удержать с МО-Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_сумму за медицинские услуги, указанные в пункте 2.2.4. с восстановлением данной суммы на счет МО-Фондодержателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.3. Удержать с МО, выдавшей направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_сумму за медицинские услуги, указанные в пункте 2.1.4. с восстановлением данной суммы на счет МО-фондодержателя

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Врач-эксперт  | Ф. И. О. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |
| Руководитель экспертного отдела Страховщика | Ф. И. О. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |

Директор СМО Главный врач Главный врач МО-

 МО- Фондодержателя Исполнитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 4

К Порядку оплаты медицинской помощи

 «Утверждаю»

Директор СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

    М.П.

## ПРОТОКОЛ ОБРАБОТКИ РЕЕСТРА ПАЦИЕНТОВ

которым оказаны внешние медицинские услуги

медицинской организацией **\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (наименование)

за отчетный период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование МО-Фондодержателя | Фактически предъявленная сумма на оплату согласно реестру МО-Исполнителя | Удержано из предъявленной суммы на основании акта медико-экономической экспертизы СМО, проведенной на основании акта разногласий МО-Фондодержателя и/или претензии МО-Исполнителя | Сумма к оплате (руб.) |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Итого к оплате за медицинские услуги МО-Исполнителя: |

Исполнил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_