**Приложение 3**

к Тарифному соглашению

 **Порядок применения способов оплаты медицинской помощи,**

**оказанной в стационарных условиях**

1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется за законченной случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы (далее – КСГ).

В стационарных условиях в рамках ОМС оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включающая в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

2. Для расчета стоимости медицинской помощи медицинские организации формируют базу данных медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам, с заполнением всех обязательных полей:

2.1. тип документа (полис, паспорт, др.),

2.2. серия и номер полиса ОМС,

2.3. наименование СМО, выдавшей полис ОМС,

2.4. страховой статус (застрахован, иногородний…),

2.5. фамилия, имя, отчество (полностью в разных полях),

2.6. пол (мужской, женский),

2.7. дата рождения (число, месяц, год),

2.8.  № группы КСГ, код вида ВМП,

2.9. код по МКБ-10,

2.10. код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии,

2.11. код поликлиники по месту прикрепления пациента,

2.12. номер истории болезни (карточки отказа),

2.13. исход госпитализации (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть, самовольный уход, переведен, другое, отказ от (в) госпитализации) – с указанием причины отказа (нет мест, отказ, амбулаторный больной, не профильный, консультация, прочие) – при заполнении сведений о медицинской помощи, оказанной в приемном отделении по карточкам отказа,

2.14. код доставки (экстренно, планово),

2.15. кем направлен больной (медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях; другой медицинской организацией, оказывающей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях; машиной скорой медицинской помощи др.),

2.16. код медицинской организации, направившей больного,

2.17. код госпитализации (первично, повторно),

2.18. дата поступления больного в отделение (число, номер месяца и год (полностью),

2.19. дата выписки застрахованного лица из отделения (число, номер месяца и год (полностью),

2.20. дополнительные признаки:

1) уход за ребенком (1) – для заполнения в случае осуществления ухода за госпитализированным ребенком одним из родителей (законным представителем),

2) травма (0 – отсутствует, 1-бытовая, 2 – на производстве),

3) признак экстренного хирургического вмешательства (в случае оказания медицинской помощи хирургического профиля по экстренным показаниям детям при отсутствии лицензии на детскую хирургию),

2.21. Формы оказания медицинской помощи (экстренная, неотложная, плановая).

3. Формирование групп КСГ осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии на основании кода основного (клинического) диагноза в соответствии со справочником МКБ 10 или по коду хирургической операции в соответствии с номенклатурой услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2013 года № 794н).

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих основных и дополнительных критериев группировки при формировании КСГ:

- основные критерии:

- код диагноза по МКБ-10;

- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии;

- дополнительные критерии:

- код диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);

- код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза); );

- пол пациента;

- возраст пациента;

- длительность пребывания в стационаре.

КСГ подразделяются на три подгруппы: хирургические (включающие операции), терапевтические и комбинированные.

Группировка случаев заболеваний в КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2015 N 11-9/10/2-7938 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №8089/21-и (далее – Методические рекомендации), по вышеперечисленным критериям в соответствии со Справочниками: «КСГ», «Группировщик», «Номенклатура», «Группировщик детальный» и т.д., представленными в электронном виде (таблицы 1-6).

В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, и затратоемкость хирургической группы, к которой был отнесен данный случай меньше затратоемкости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по терапевтической группе.

Формирование комбинированных групп осуществляется с учетом сочетания диагноза, операции и используемой медицинской технологии. Если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по клинико-статистической группе заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

Расчет стоимости законченного случая лечения в рамках системы КСГ – заболеваний осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1) Базовая ставка финансирования медицинской помощи (БС);

2) Коэффициент относительной затратоемкости (КЗксг);

3) Поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

- коэффициент подуровня оказания стационарной медицинской помощи (КПУСмо);

- управленческий коэффициент (Куксг);

- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП).

Размер базовой ставки финансирования стационарной помощи (БС) установлен в п.3.4.3 Тарифного соглашения.*.*

Коэффициент относительной затратоемкости по конкретной КСГ (КЗксг) установлен Методическими рекомендациями.

Распределение медицинских организаций по уровням и подуровням оказания стационарной помощи осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями (Приложение 7 к Тарифному соглашению).

Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (КПУСмо) приведены в таблице 7.

К конкретной клинико-статистической группе по уровню оказания медицинской помощи применяется управленческий коэффициент (Куксг) (таблица 8).

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается с учетом более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи пациентам на основании объективных критериев (таблица 9). Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8 за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССсл) по КСГ определяется по следующей формуле:

ССсл=БС\*ПК (1), где

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (как интегрированный коэффициент оплаты данного случая).

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле:

ПК = КЗксг \* КУ ксг \* КПУСмо \* КСЛП (2)

3.1. По следующим случаям лечения обязательно проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

- случаи сверхкороткого лечения (менее 3 дней), по которым производится оплата в полном объеме (проводится МЭЭ, при необходимости, ЭКМП);

- в случаях применения коэффициента сложности курации пациента при сверхдлительных сроках лечения проводится ЭКМП.

- в случаях оплаты законченного случая лечения по 2 КСГ проводится МЭЭ (при необходимости ЭКМП).

4. Определение стоимости высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, производится в соответствии с утвержденными финансовыми нормативами.

Финансовые нормативы на оплату методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в электронном виде в Приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется на основании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленной решением Комиссии, при условии включения сведений, предусмотренных приказом Минздрава России от 30.01.2015 №29н, в специализированную информационную систему Минздрава России.

**Поправочные коэффициенты оплаты КСГ**

Таблица 7

1) Коэффициенты уровня и подуровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСмо, (КПУСмо))

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень оказания медицинской помощи | Значение коэффициента КУСмо, (КПУСмо) |
| 1 уровень | 0,9 |
| 1.1 подуровень | 0,68 |
| 1.2 подуровень | 0,77 |
| 1.3 подуровень | 0,86 |
| 1,4 подуровень | 0,95 |
| 1,5 подуровень | 1,04 |
| 2 уровень | 1 |
| 2.1 подуровень | 0,82 |
| 2.2 подуровень | 1,02 |
| 2.5 подуровень | 1,38 |
| 3 уровень | 1.18 |
| 3.1 подуровень | 0,97 |
| 3.2 подуровень | 1,21 |
| 3.4 подуровень | 1,4 |
| 3.5 подуровень | 1,44 |

Таблица 8

2) Управленческие коэффициенты по КСГ (КУ ксг)

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Управленческий коэффициент |
| Уровень 1 | Уровень 2 | Уровень 3 |
| 1-308 | 1 | 1 | 1 |

Таблица 9

3) Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  № | Критерий применения коэффициента | Значение коэффициента КСЛП |
| 1) | Возраст: |   |   |
|   | 75 лет и старше |   | 1,2 |
|   | 0-4 года |   | 1,2 |
| 2) | Летальный исход в первые сутки лечения: |   |   |
|   | терапевтические КСГ |   | 0,5 |
|   | хирургические КСГ |   | 1,0 |
|   | прочие КСГ |   | 1,0 |
|   | комбинированные КСГ  |   | 1,0 |
| 3) | Средняя длительность лечения (СДЛ) 1-3 дня включительно (без учета случаев с летальным исходом): |   |  |
|   | терапевтические КСГ |   | 0,5 |
|   | хирургические КСГ |   | 1,0 |
|   | прочие КСГ |   | 1,0 |
|   | комбинированные КСГ  |   | 1,0 |
| 4) | Случаи нахождения в реанимации (суммарно за 1 законченный случай): |   |  |
|   | 1-3дней |   | 1,0 |
|   | 4-6дней |   | 1,1 |
|   | 7-13дней |   | 1,2 |
|  | 14-20 дней |  | 1,3 |
|   | 21 день и более |   | 1,4 |
| 5) | Случаи сверхдлительного пребывания (нормативная длительность 30 дней) |  |  |
|  | ≥ 50 дней |  | 1,2 |
|  | ≥ 70 дней |  | 1,4 |
|  | ≥ 100 дней |  | 1,6 |
|  | ≥ 120 дней |  | 1,8 |
| 6) | Случаи сверхдлительного пребывания (нормативная длительность 45 дней) |  |  |
|  | ≥ 80 дней |  | 1,2 |
|  | ≥ 110 дней |  |  1,4 |
|  | ≥ 150 дней |  | 1,6 |
|  | ≥ 180 дней |  | 1,8 |
| 7) | Проведение однотипных операций на парных органах  |  | 1,25 |