Приложение 2.1

к Тарифному соглашению от 21 декабря 2015г

**Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

1. Настоящий Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Ростовской области (далее – Порядок), разработан в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н (в ред. от 06.08.2015) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», направленными письмом Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 15.12.2014 №11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Порядок устанавливает единые для всех медицинских организаций (МО) и страховых медицинских организаций (СМО) способы оплаты медицинских услуг, оказываемых МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

2. За медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторно-поликлинических условиях, применяется оплата за принятую единицу объема медицинской помощи в сочетании с оплатой на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

 3. Оплата по тарифам на принятые единицы объема медицинской помощи, определяемым на основе ставки затрат на одно врачебное посещение в разрезе специальностей, по стоматологической помощи и отдельным врачебным манипуляциям – на основе ставки затрат на одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) предусматривается:

- на одно посещение с профилактической целью (разовые посещения по заболеванию, профилактические осмотры, диспансерное наблюдение, в частности посещения 2-го этапа диспансеризации отдельных категорий граждан, комплексное обследование в центрах здоровья).

- на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме (в кабинетах, отделениях неотложной помощи);

При оказании медицинской помощи в неотложной форме допускается выставление несколько посещений в один день.

- на одно обращение по поводу заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности), включая минимальный набор лабораторно-диагностических услуг, лечебных манипуляций

В рамках одного обращения не допускается выставление отдельных (или частичных) счетов за каждое посещение.

В зависимости от набора и совокупности медицинских услуг (консультаций) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по основному (и /или сопутствующему) заболеванию, предоставленных пациенту в медицинской организации в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи определены следующие виды обращений для некоторых медицинских организаций 2 и 3 уровня.

- обращение по поводу обследования (лечения) к врачу любой специальности (для взрослых, детей)

- обращение по поводу комплексного обследования (лечения) -

-обращение по поводу восстановительного лечения для детей, взрослых

-обращение по поводу комплексного восстановительного лечения для детей, взрослых.

Данные обращения включает все внутренние потоки направления пациента в одной МО.

 3. При проведении диспансеризации отдельных категорий граждан (взрослого населения, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, отдельных категорий взрослого населения) применяется способ оплаты за законченный случай диспансеризации, при проведении медицинского профилактического осмотра взрослого, медицинского осмотра несовершеннолетних – за законченный случай медицинского профосмотра.

Счет за законченный случай диспансеризации (профмедосмотра) может быть выставлен на оплату в СМО только при выполнении в полном объеме необходимых лабораторно-диагностических исследований и осмотров специалистов, перечень которых по каждой из указанных форм профилактической медицинской помощи определен нормативными документами Минздрава РФ.

 определенных групп взрослого населения проводится гражданам, которым исполняется в течение года определенное количество лет, указанное в приложении № 1 к Приказу МЗ РФ № 36 ан.

Оплата второго этапа диспансеризации проводится по тарифам посещений к врачам-специалистам соответствующих специальностей.

При проведении диспансеризации с участием выездных медицинских бригад применяются аналогичные тарифы.

Тарифы по диспансеризации отдельных категорий граждан дифференцированные по полу и возрасту приведены в приложении 3.1.4.1. к Тарифному соглашению.

**4. Общая формула расчета стоимости посещения, обращения имеет следующий вид:**

**Т= Сз x Ку**

**Т** – тариф посещения, обращения

**Сз** – ставка затрат

**Ку** – коэффициент уровня (подуровня), установленный для групп медицинских организаций.

«Ставки затрат для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» приведены в приложнеии 3.1.4 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициент уровня приведен в приложении 3.1.5. «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием уровня (подуровня) медицинских организаций».

5. При оплате амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам на принятые единицы объемов медицинской помощи, кодирование оказанной помощи осуществляется с учетом специальности врача и вида посещения (обращения). Медицинская помощь врачей, ведущих специализированный прием детей, оплачиваются по тарифам, поименованным для врачебных специальностей с пометкой (для детского населения).

Оплата стоматологических медицинских услуг и отдельных врачебных манипуляций производится в соответствии с принятым министерством здравоохранения Ростовской области и ТФОМС Ростовской области Классификатором медицинских услуг, действующим на момент принятия настоящего Тарифного соглашения, регламентирующим число условных единиц трудоемкости (УЕТ) на каждую услугу.

6. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются юридическому лицу – медицинской организации, представлены в справочнике тарификационных карт в электронном виде, и применяются для всех подразделений медицинской организации (юридического лица).

7. Затраты на оказание параклинических услуг (манипуляций, процедур, исследований, в том числе иммунологических исследований на ВИЧ–инфекцию для лиц, не состоящих на учете) учитывается в тарифах основных клинических подразделений, кроме случаев, когда они оплачиваются по отдельным тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

8. Перечень МО, в которых параклинические услуги, оказанные в рамках Территориальной программы ОМС пациентам, направленным в установленном порядке другими медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, Минздравом области, военными комиссариатами, руководителем (ответственным лицом) данной медицинской организации (например, в соответствии с «Положением о порядке направления пациентов и оказания консультативно-диагностической и лечебной помощи в ОКДЦ», о порядке направления пациентов области в областные МО, разработанный МЗРО и т.п.) оплачиваются по отдельным тарифам, приведен в приложении 3.1.6 к Тарифному соглашению**.** При этом обязательным является наличие направления МО на оказание параклинических услуг с использованием программного информационного управления диагностическими потоками услуг.

9. В случаях одновременного лечения больных в стационаре и поликлинике счета за амбулаторно-поликлиническую помощь оплате не подлежат.

Исключение составляют:

1. Консультации специалистов других МО и диагностические исследования, проводимые другими МО, в период стационарного лечения оплачиваются при проведении их в ГБУ РО «ОКДЦ», лечебно-реабилитационных центрах, ГБУ РО «РОКБ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ГБУ РО «ПЦ», ГБУ РО «ОДБ», ГБУ РО «ОЦОЗС и Р», ООО «Офтальмологическая клиника «Леге Артис», ГБОУ ВПО РостГМУ, ФГБУ «НИИАП», онкологических диспансерах области, МБУЗ «КДЦ»Здоровье» (г.Ростов-на-Дону), МБУЗ МБУЗ «КДЦ» (г.Таганрог), «ООО Диализный центр г.Ростов-на-Дону», «Гемодиализный центр Ростов» и муниципальных МО (только для пациентов онкодиспансеров), Кардиологический центр «Д – Вита» и МО межрайцентров (только диагностические исследования), ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области». Условиями оплаты являются обоснованная необходимость таких консультаций и исследований отсутствие возможности их проведения в МО пребывания, наличие направления, выданного стационаром пребывания больного.

 2. Стоматологическая помощь по экстренным показаниям.

8.МО, при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования, могут оплачивать сторонним медицинским организациям необходимые исследования направляемых ими пациентов на договорной основе из средств ОМС, по тарифам, не превышающим утвержденные Тарифным соглашением.

 9. Оплата труда врачей-консультантов областных специализированных учреждений здравоохранения Ростовской области, с которыми заключены соответствующие договоры на оказание консультативной медицинской помощи, осуществляется за счет средств ОМС, заработанных по счетам в части заработной платы с начислениями.

10. В рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения возможно принятие к оплате по ОМС случаев медицинской помощи, соответствующих отдельным кодам XXI класса МКБ-10 с проведением СМО их экспертизы:

10.1. При проведении:

- диспансеризации здоровых детей, медицинских осмотров несовершеннолетних - Z00.1-00.3, Z01.2, Z23-Z27; Z10.8, K02, R76.1, R01 ,при проведении диспансеризации отдельных категорий взрослого населения (1 этап) – Z00.0, при оценке врачом-педиатром результата проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, или оставшихся без попечения родителей – F00-99, H00-59, K00-14, N60-98, L00-99, S00-99, T00-99.

 - при проведении в муниципальных МО профилактических осмотров взрослых, в том числе медицинских профилактических –Z00.0, Z22 – Z27, при флюорографическом обследовании пациентов, рентгенографии и маммографии - Z01.6.

10.2. При: наблюдении за нормально протекающей беременностью – Z34; обследовании для прерывания беременности - Z32; при введении (внутриматочного) противозачаточного средства - Z30.1, прерывании беременности в раннем сроке - Z30.3; стерилизации, госпитализации для перевязки маточных труб - Z30.2.

10.3. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно при первичном обращении в МО (ГБУ РО «РОКБ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ГБУ РО «ОКДЦ», ГБУ РО «ОДБ», ГБУ РО «ЛРЦ №1», ГБУ РО «ЛРЦ №2», ГБУ РО «ОЦОЗС и Р» «ОЦПС и РЧ», ФБУ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» (с филиалами), Ростовские КДЦ «Здоровье», Таганрогский диагностический центр и Детская городская поликлиника №1 г.Таганрога, ООО МНПФ Авиценна, НИИАП, ООО «Офтальмологическая клиника «Леге Артис», ЗАО «Наука», ООО «Биомед», ООО Медицинский центр «XXI век», ООО МЦ «XXI век -ОДА»,) – Z01.0-01.9, Z02.3, Z03.1, Z03.3-03.9, Z04.8-04.9, Z08.8, Z09.0, Z11.1, Z13.0-13.2, Z13.4-13.6, Z13.8, Z13.9, , Z13.7, Z30.0, Z31.5, Z31.6, Z35, Z36.0 - 36.9, Z57.0-57.9, Z 08.7, Z13.5, Z83.5, Z82.1, Z94.7, Z91.1, Z90.0, Z96.1, Z97.0, Z 97.3, Z98.8.

10.4. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно при обследовании и лечении в ГБУ РО «ОКДЦ» - R00 –R99.

10.5. В случае проведения амбулаторного обследования граждан допризывного, призывного возраста, и граждан, оформляющихся на военную службу по контракту, застрахованных по ОМС, при наличии направления территориального (областного) военного комиссариата, либо направления министерства здравоохранения области –Z02.3.

10.6. Для Центров здоровья – Z03, Z10, Z71.3, Z71.4 – 72.9, Z73.

10.7. При посещении врача-онколога - Z01.4 –Z 01.9 , Z03.1.

10.8. При обращении по поводу получения медицинского свидетельства о причине смерти Z02.7.

11.Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, наряду с оплатой по тарифам за единицу объема оказанной медицинской помощи (законченный случай профилактической помощи, обращение, врачебное посещение) предусмотрена оплата дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики и средними медицинскими работниками участкового звена, а также дополнительных выплат медицинскому персоналу ФАПов. Указанная дополнительная медицинская помощь финансируется на основе подушевых нормативов (по подушевым тарифам) с учетом количества застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной медицинской организации.

Оплата по подушевому нормативу осуществляется в соответствии с численностью застрахованных прикрепленных лиц, подтверждаемой актом сверки численности (согласно приложению 2 к договору на оказание и оплату медицинской помощи, заключенному между СМО и МО). Сверка численности прикрепленного населения, распределенного на половозрастные группы в соответствии с п.153 Правил ОМС, производится ежеквартально.

Ежемесячная сумма, подлежащая оплате медицинской организации за прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

**∑мо = ПН х Числ х Кп**, где

 **ПН** – подушевой норматив финансирования данной МО (соответствующий единому подушевому нормативу, установленному для группы МО, к которой отнесена данная МО),

**Числ** – численность застрахованных прикрепленных лиц,

**Кп** – поправочный коэффициент, **Кп = Dpl/Df**, где

**Dpl** – доля средств каждой МО, запланированных для подушевой оплаты (соответствующих плановым суммам средств на финансовое обеспечение дополнительной медицинской помощи в 2012 году с учетом индексаций, произведенных в 2013 году (1,0467; 1,006; 1,055)), в общей сумме средств, запланированной к выплатам данной группе МО;

**Df** - доля средств МО, рассчитанных по единому групповому подушевому тарифу на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом (кварталом), в общей расчетной сумме средств подушевой оплаты всех МО данной группы, рассчитанной по единому групповому подушевому тарифу.

Коэффициент **Кп** ежеквартально утверждается комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

**Кп** подлежит корректировке при изменении численности прикрепленных застрахованных лиц хотя бы одной из медицинских организаций, включенных в каждую из групп МО.

В соответствии с п.153 Правил ОМС численность прикрепленного населения при сверке распределяется на следующие половозрастные группы:

 0-4 года мужчины/женщины;

5-17 лет мужчины/женщины;

18-59 лет мужчины;

18-54 женщины;

60 лет и старше мужчины;

59 лет и старше женщины.

Размер подушевого норматива финансирования на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации, оказывающей первичную амбулаторную помощь (соответственно прикреплению к терапевтическому, педиатрическому участку или к участку врача общей практики (семейного врача)), устанавливается в зависимости от принадлежности МО к той или иной группе в соответствии с приложением 3.1.1 к тарифному соглашению. МО делятся на группы с учетом половозрастного состава прикрепленного населения:

1) МО с прикрепленным взрослым населением;

2) МО с прикрепленным взрослым и детским населением (подгруппы: ЦРБ, ЦГБ, самостоятельные городские поликлиники);

3) МО с прикрепленным детским населением.

Конкретные размеры подушевого норматива для каждой из групп МО приведены в приложении 3.1.2 к тарифному соглашению. Поправочные коэффициенты приведены в приложении 3.1.3 к тарифному соглашению.

Сумма, подлежащая оплате по подушевому нормативу за застрахованных прикрепленных лиц, включается отдельной строкой в сводный счет за оказанную медицинскую помощь по поликлинике. Сумма определяется умножением численности прикрепленного населения на групповой подушевой тариф и поправочный коэффициент, ежеквартально рассчитываемый фондом с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи.

|  |  |
| --- | --- |
| Половозрастной коэффициент дифференциации подушевогонорматива |  по группам застрахованных лиц |
| дети | трудоспособный возраст | пенсионеры |
| 0 - 4 года | 5 - 17 лет | 18 - 59 лет | 18 - 54 лет | 60 лет и старше | 55 лет и старше |
| муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |