Приложение 2.3

к Тарифному соглашению от 21 декабря 2015г

**Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**

Оплата медицинских услуг, оказанных в условиях дневного стационара, производится по стоимости случая лечения, входящего в соответствующую клинико-статистическую группу.

Работа дневного стационара осуществляется в одно- или двухсменном режиме. При этом длительность ежедневного проведения пациенту лечебно-диагностических мероприятий в дневном стационаре составляет от 3 до 6 часов.

Перечень клинико-статистических групп (КСГ), применяемых для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара, установлен приложением 3.3.1 к тарифному соглашению.Совокупность параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов в условиях дневного стационара, аналогична параметрам, применяемым для формирования клинико-статистических групп в условиях круглосуточного стационара,

Формирование КСГ производится в соответствии с «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» (с учетом исключения групп, соответствующих нозологиям, при которых необходимо круглосуточное наблюдение и лечение в условиях круглосуточного стационара).

**Расчет стоимости случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний**

Стоимость 1 случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (Ссл) определяется по формуле:

**Ссл = БС х КЗксг х Кус** х **Купр**., где

**БС\*** – базовая ставка финансирования стационарозамещающей медицинской помощи (средняя стоимость законченного случая лечения в дневном стационаре), размер базовой ставки на 2016 год - 10 789,27 руб.;

\*В соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014г №200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования 15.12.2014 при расчете базовой ставки учтен коэффициент дифференциации 1,001, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 №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);

**КЗксг** - коэффициент относительной затратоемкости КСГ (коэффициенты утверждены «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования 15.12.2014).

**Кус** – коэффициент уровня (подуровня) дневного стационара, соответствующий уровню оказания медицинской помощи.

Коэффициент уровня оказания стационарозамещающей медицинской помощи устанавливается в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций (см. раздел Тарифного соглашения «Размеры и структура тарифов на оплату медицинской помощи):

При определении коэффициентов уровня (подуровня) оказания стационарозамещающей медицинской помощи учитывается разница расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, входящих в различные уровни (подуровни), и в 2016 году в связи с переходом на новый способ оплаты, рекомендованный «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденными Министерством здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования 15.12.2014, в том числе учтены фактические затраты предыдущего года (когда применялся ранее действовавший метод финансирования дневного стационара).

**Купр** – коэффициент управленческий по КСГ, к которой отнесен данный случай (до установления коэффициента для конкретной КСГ тарифным соглашением, он считается равным единице).

Установленные тарифным соглашением коэффициенты уровня (подуровня) дневного стационара МО, управленческие коэффициенты могут изменяться в течение года решением Комиссии по формированию территориальной программы.

**Порядок оплаты сверхкоротких и прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара**

Сверхкороткими случаями считаются случаи лечения в условиях дневного стационара с длительностью менее 3 дней.

Если пациенту в дневном стационаре была выполнена хирургическая операция или иное медицинское вмешательство, которые являются основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Если основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз (операция или иное медицинское вмешательство не выполнялось), случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ.

Исключение составляют КСГ, перечень которых представлен в таблице 2 приложения 2.2 к тарифному соглашению (в части заболеваний, помощь при которых может быть оказана в условиях дневного стационара), а также:

- в случаях экстракорпорального оплодотворения (КСГ 12; подгруппы КСГ 12.1, 12.2, 12.3, 12.4))

- в случаях иммунопрофилактики тяжелой инфекции нижних дыхательных путей, вызванной РСВ, у детей первого года жизни с высоким риском заражения РСВ препаратом паливизумаб (КСГ 91\*\*) (дети с крайне малой массой тела при рождении (код МКБ-10 Р07.0) и дети с крайней незрелостью (код МКБ-10 - Р07.2).

\*\*Наименование КСГ 91 и его коэффициент затратоемкости в дневном стационаре (приложение к тарифному соглашению 3.3.1) отличаются от КСГ 91 круглосуточного стационара (приложение к тарифному соглашению 3.2.1), в связи с иным состоянием, детей с крайне низкой массой тела при рождении и детей с крайней незрелостью, нуждающихся в последующим (после выписки из круглосуточного стационара) лечением (этапной иммунизацией) в дневном стационаре с использованием дорогостоящего лекарственного препарата. Кроме того, только для дневного стационара используется оплата по установленному тарифу КСГ 91 независимо от длительности лечения. При этом алгоритм формирования КСГ 91 в круглосуточном и дневном стационаре идентичен.

В этих случаях оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, с указанием уровня и подуровня оказания стационарозамещающей медицинской помощи содержится в приложении 3.3.2 к тарифному соглашению.

Значения коэффициентов уровня и подуровня для стационарозамещающей медицинской помощи устанавливаются приложением 3.3.3 к тарифному соглашению.

**Особенности оплаты случаев экстракорпорального оплодотворения**

Тариф законченного случая ЭКО в условиях дневного стационара в рамках оказания специализированной медицинской помощи включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг в соответствии с утвержденным стандартом оказания медицинской помощи больным, нуждающимся в лечении бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий, на основе клинико-статистической группы 12 федеральной классификации.

С целью упорядочения оплаты медицинских услуг с учетом риска исключения пациентки из программы ЭКО по причине осложнений на разных этапах лечения, установлена оплата следующих моделей медицинских услуг на оказание помощи по профилю «Лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий»:

1. Проведение I этапа - стимуляция суперовуляции с применением длинного или короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов.

2. Проведения II этапа - получение яйцеклетки.

3. Проведение III этапа - культивирование эмбрионов в программе ЭКО.

4. Проведение IV этапа - перенос эмбрионов в полость матки.

В случае прерывания процесса экстракорпорального оплодотворения на одном из этапов тариф включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг, соответствующих этапности процедуры. Для обеспечения адекватности оплаты случая ЭКО в соответствии с фактически завершенным этапом КСГ 12 «Экстракорпоральное оплодотворение» разделена на 4 подгруппы (12.1, 12.2, 12.3, 12.4) с различными весовыми коэффициентами (см. таблицу 1).

Таблица 1.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **КСГ** | **Наименование КСГ** | **КЗ** | **Код услуги согласно Номенклатуре** | **Наименование услуги** |
| **12** | **Экстракорпоральное оплодотворение** |  |  |  |
| 12.1 | Случай экстракорпорального оплодотворения, завершившийся на I этапе (стимуляция суперовуляции) | 4,69 | A11.20.025 | Стимуляция суперовуляции |
| 12.2 | Случай экстракорпорального оплодотворения, завершившийся на II этапе (стимуляция суперовуляции + получение яйцеклетки) | 5,78 | A11.20.018 | Получение яйцеклетки |
| 12.3 | Случай экстракорпорального оплодотворения, завершившийся на III этапе (стимуляция суперовуляции + получение яйцеклетки + культивирование эмбрионов) | 7,05 | A11.20.028 | Культивирование эмбриона |
| 12.4 | Законченный случай экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции + получение яйцеклетки + культивирование эмбрионов + перенос эмбрионов в полость матки) | 7,97 | A11.20.030 | Внутриматочное введение эмбриона |

Таким образом, по каждому случаю ЭКО медицинская организация выставляет один индивидуальный счет (одна пациентка – 1 счет), в котором будет указан код номенклатуры, соответствующий последнему фактически завершенному этапу (столбец 4 таблицы)

В соответствии с законченностью случая ЭКО его стоимость определяется как произведение базовой ставки финансирования стационарозамещающей медицинской помощи на весовой коэффициент, установленный для конкретного этапа (подгруппы КСГ 12) и коэффициента уровня (подуровня) дневного стационара МО.