|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 1  к Дополнительному Соглашению от 10.03.2016 |
|  | Приложение № 2  к Соглашению о тарифах на 2016 год |

**ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ**

**способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования**

1. Общие положения

1.1. На территории Хабаровского края действует единая система оплаты медицинских услуг, призванная обеспечить реализацию гарантий, определенных Программой обязательного медицинского страхования.

1.2. Оплата за оказанную медицинскую помощь производится в соответствии с номенклатурой работ и услуг, определенных лицензией медицинской организации.

1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией [реестров](consultantplus://offline/ref=64439664BB6E4DF13C91D14BBF8C15FEDDBFFE0B456515379AFDE28AB43CBAD6DD9B1E4DA98B8Ef9hCG) счетов и [счетов](consultantplus://offline/ref=64439664BB6E4DF13C91D14BBF8C15FEDDBFFE0B456515379AFDE28AB43CBAD6DD9B1E4DA98B8Cf9h9G) на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее-Комиссия), по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС) на территории Хабаровского края на 2016 год (далее – Соглашение).

1.4. При невозможности предоставления медицинской помощи определенного вида и объема, медицинская организация обеспечивает бесплатное оказание необходимой медицинской помощи пациенту в другой(их) медицинской(их) организации(ях). Расчеты между учреждениями осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на медицинские услуги, установленным настоящим Соглашением.

1.5. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Хабаровского края, производится в соответствии с разделом IX Правил ОМС, утвержденных приказом Министерством здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н.

1.6. Финансовое обеспечение медицинской помощи, в том числе скорой медицинской помощи, не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС лицам (военнослужащие, сотрудники органов внутренних дел, иностранные граждане и лица без гражданства, иные категории) на территории Хабаровского края, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Способы и порядок оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

2.1. При реализации Территориальной программой ОМС применяются следующие способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи: за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи: за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) – применяется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

2.1.1. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (в соответствии с отметкой в регистре застрахованных лиц Хабаровского края).

2.1.2. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и не имеющих прикрепленного населения (самостоятельные стоматологические поликлиники, женские консультации, входящие в структуру родильных домов, клинико-диагностические центры, негосударственные организации здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь и др.), осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

2.1.3. В качестве учетной единицы амбулаторно-поликлинической помощи принимается:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации,

- в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями, в том числе:

- разовые посещения по поводу заболевания, наблюдения за течением нормальной беременности;

- в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов, иных случаях, предусмотренных приказами Минздрава России, в рамках территориальной программы ОМС);

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

в) обращения по поводу заболеваний, представляющих собой законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях;

г) посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи;

д) диагностические услуги (только для медицинских организаций, которым установлены объемы на самостоятельные диагностические услуги);

е) условные единицы труда (УЕТ) – при оказании амбулаторной стоматологической помощи;

2.1.4. В состав посещения с профилактической целью, обращения по поводу заболевания, посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, медицинской реабилитации (амбулаторно), включаются услуги врачебных осмотров (в отдельных случаях осмотров среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации), назначенные по их результатам и зафиксированные в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (методы исследования: лабораторные, функциональные, инструментальные, рентгенорадиологические и др.), услуги физиотерапии, массажа медицинского, лечебной физкультуры и иные медицинские услуги, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития № 1664н[[1]](#footnote-1), предусмотренные стандартами медицинской помощи.

Данный пункт не применяется в отношении клинико-диагностических центров, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинских услуг в которых осуществляется по тарифам, установленным настоящим Соглашением и в соответствии с установленными Комиссией плановыми заданиями.

2.1.5. К обращениям по поводу заболевания относятся также посещения с кратностью не менее двух в связи: с обследованием и оформлением документов на МСЭ и санаторно-курортной карты; открытием и закрытием листка временной нетрудоспособности; направлением на аборт по медицинским показаниям и осложнениям во время беременности. Признаком завершения обращения по заболеванию в перечисленных случаях является оформление соответствующего документа.

В случае, если длительность амбулаторного лечения носит продолжительный характер (более месяца) и включает в себя более двух посещений в месяц (травмы, инсульты, инфаркты и т.п.), за единицу учета принимается обращение, включающее в себя все посещения пациента в течение отчетного месяца, с указанием в результате обращения «лечение продолжено».

2.1.6. В случае выполнения медицинской организацией, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу, отдельных функций клинико-диагностического центра, помимо оплаты по подушевому нормативу финансирования используется оплата за единицу объема медицинской помощи (включая отдельные виды диагностических услуг). При этом оплата за единицу объема медицинской помощи не может быть применена за медицинские услуги оказанные лицу, прикрепленному к данной медицинской организации (в соответствии с отметкой в регистре застрахованных Хабаровского края), за исключением компьютерной и магнитно-резонансной томографии, которые оплачиваются по самостоятельным тарифам.

2.2. Не подлежат учету и оплате, как посещения:

- обследования в отделениях (кабинетах) функциональной, лучевой, эндоскопической диагностики, лабораториях и т.д.;

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

- посещение врача функциональной диагностики, врача лечебной физкультуры, физиотерапевта, иглорефлексотерапевта, психолога, логопеда;

- медицинские услуги, предоставленные пациентам на платной основе;

- повторные посещения в течение дня больным одного и того же врача или врачей одной и той же специальности и (или) среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ.

Осмотр пациента заведующим отделением и (или) заместителем главного врача по медицинской части подлежит учету/оплате как врачебное посещение только в тех случаях, когда он проводит самостоятельный врачебный прием с последующей его записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи).

Медицинские услуги, оказанные врачом или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, независимо от вида/повода обращения пациента, должны быть зафиксированы в медицинской документации: медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/у), медицинской карте стоматологического больного (ф. № 043/у).

Отсутствие в медицинской документации записи, отражающей врачебный осмотр (осмотр средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием), консультацию пациента, результаты проведенных исследований, является основанием для отказа в оплате/учете данного случая оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

2.3. В медицинских организациях, указанных в пунктах 2.1.2., 2.1.6. настоящего Порядка, медицинская помощь в плановом порядке осуществляется при наличии направления (ф. № 028/у) медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу, если иное не предусмотрено действующими порядками оказания медицинской помощи и нормативными актами министерства здравоохранения края.

Действие данного пункта не распространяется на акушерско-гинекологическую и стоматологическую помощь.

2.4. По законченному случаю осуществляется оплата:

- посещений в связи с проведением комплексного обследования и посещений в связи с динамическим наблюдением в Центрах здоровья;

- диспансеризации определенных групп взрослого населения, в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 36ан[[2]](#footnote-2), в том числе:

а) за первый этап диспансеризации при выполнении не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола, при этом обязательным является проведения анкетирование и приема (осмотра) врача –терапевта (п.20 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения).

В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации и учитываемых при диспансеризации, не превышает 15% от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, и оплачивается по тарифу законченного случая диспансеризации для соответствующей половозрастной группы.

В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, но оплачивается по тарифу за «Законченный случай диспансеризации определенных групп взрослого населения (ранее выполненные медицинские мероприятия составляют более 15% от объема диспансеризации)».

б) за второй этап диспансеризации при условии выполнения осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, указанных в п. 12.2. порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России № 36ан.

- профилактических осмотров, в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 1011н[[3]](#footnote-3), при условии выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и соответственно оплата осуществляется по тарифу «законченный случай профилактических медицинских осмотров лиц старше 18 лет».

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 72н[[4]](#footnote-4).

- диспансеризация детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т.ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 216н[[5]](#footnote-5).

- медицинские осмотры несовершеннолетних в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 1346н[[6]](#footnote-6).

2.5. Посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи оплачиваются по тарифам, установленным настоящим Соглашением.

2.6. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну процедуру гемодиализа либо один день перитонеального диализа. В качестве учетной единицы принимается обращение (раздел 4 настоящего Порядка).

2.7. Оплата медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц, и выполняющими отдельные функции клинико-диагностического центра, осуществляется за фактически выполненные объемы в пределах установленного Комиссией планового задания по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением.

3. Способы и порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и дневных стационарах всех типов

3.1. При реализации Территориальной программой ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневных стационаров всех типов:

- за законченный случай лечения заболевания, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- за законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) в соответствии с перечнем видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, по тарифам за единицу объема ВМП.

3.2. Финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи в круглосуточных условиях и в условиях дневных стационаров всех типов, основано на формировании клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ).

Расшифровка КСГ осуществляется в соответствии с классификацией заболеваний МКБ 10, Номенклатурой услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н. Использование дополнительных критериев производится в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

В ряде случаев, если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратоемкость группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, оплата осуществляется по группе, сформированной по диагнозу.

Данный подход не применяется для приведенных ниже комбинаций КСГ. Иными словами, при наличии операции, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической группе исключается.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги

| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | | | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование КСГ, сформированной по услуге | КЗ | № | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу | КЗ |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 0,58 | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | 10 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,46 |
| 73 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 74 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 154 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | 160 | Болезни глаза | 0,51 |
| 281 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 279 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| 281 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 188 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |
| 226 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 1,2 | 223 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 0,64 |
| 34 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) | 0,97 | 223 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов | 0,67 |
| 237 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 0,55 | 252 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 0,66 |

3.3. Для сверхкоротких случаев лечения, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее (без учета исхода госпитализации) без оперативных вмешательств оплата производится в размере 50% от стоимости, определенной настоящим Соглашением (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Исключением являются случаи, входящие в группы, перечисленные ниже. Оплата случаев, входящих в данные группы, осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

| № КСГ | Наименование КСГ (круглосуточный стационар) |
| --- | --- |
| 2 | Осложнения, связанные с беременностью |
| 3 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 4 | Родоразрешение |
| 16 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 83 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 84 | Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина |
| 97 | Сотрясение головного мозга |
| 140 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 153 | Ремонт и замена речевого процессора |
| 179 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 200 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 252 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 295 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 299 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

Для сверхкоротких случаев лечения с проведением оперативного вмешательства оплата производится в размере 100% стоимости**,** определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

3.4. Оплата больных, переведенных в пределах стационара из одного отделения в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), оплачивается как один случай по КСГ, имеющий максимальный коэффициент затратоемкости.

Исключением являются случаи перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания. Такие случаи оплачиваются по двум КСГ. По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.5. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и/или предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

4. Порядок оплаты медицинских услуг при заместительной

почечной терапии

Оплата процедур при заместительной почечной терапии, проводимой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, осуществляется за законченный случай лечения, учитывающий количество фактически выполненных услуг, и являющийся составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ по профилю «нефрология» в рамках одного случая лечения.

За единицу объема в условиях круглосуточного стационара принимается лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

За единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

За единицу объема при проведении диализа в амбулаторных условиях принимается обращение, включающее 12-14, в зависимости от календарного месяца, (в среднем 13) процедур гемодиализа в течение календарного месяца или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение календарного месяца.

Оплата диализа осуществляется за медицинскую услугу - одну процедуру гемодиализа либо один день перитонеального диализа и является составным компонентом случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения (стоимость фактически выполненных услуг прибавляется к стоимости случая лечения по КСГ).

В период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (не за счет средств ОМС).

Учитывая одинаковые затраты (абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания) поправочные коэффициенты (КУС, КСЛП, КУ) к стоимости услуг диализа не применяются. Применение коэффициента дифференциации (при наличии) к стоимости услуги осуществляется в части доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме процедур диализа.

5. Порядок оплаты случаев, отнесенных к профилю

«Патологии беременных»

Случаи лечения в отделении «Патологии беременных», исходом которых является прогрессирующая беременность, учитываются и оплачиваются по соответствующей КСГ.

Случаи лечения в отделении «Патологии беременных», за исключением ВМП, с последующим родоразрешением учитываются как один случай по профилю «Для беременных и рожениц» и оплачиваются по соответствующей КСГ.

6. Особенности оплаты случаев, отнесенных к профилю

«Акушерство-Гинекология»

Отнесение случаев к КСГ 4 «Родоразрешение» вне зависимости от основного диагноза производится по коду любой из трех услуг:

|  |  |
| --- | --- |
| B01.001.009 | Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом |
| B02.001.002 | Ведение физиологических родов акушеркой |
| B01.001.006 | Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом |

Если при наличии диагноза, относящегося к классу МКБ 10 XV «Беременность, роды и послеродовой период» (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих КСГ 4, случай относится к КСГ 2 «Осложнения, связанные с беременностью».

При выполнении операции «Кесарево сечение» случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

КСГ 1 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

7. Порядок оплаты скорой медицинской помощи

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи:

-  лицам, застрахованным за пределами Хабаровского края;

- с проведением тромболитической терапии.

8. Порядок оплаты обследования беременных женщин

на маркеры вирусных гепатитов

Оплата обследования беременных женщин методом иммуноферментного анализа (ИФА) на маркеры вирусных гепатитов «В» и «С» проводится по самостоятельному тарифу «Обследование беременных женщин на маркеры вирусных гепатитов методом ИФА», включающему стоимость скринингового обследования и подтверждающих тестов на маркеры вирусных гепатитов «В» и «С» (HBsAg и суммарные антитела к вирусу гепатита С).

Обследование беременных женщина на вирусные гепатиты «В» и «С» методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) проводится по показаниям и при наличии направления от врача-инфекциониста, а при его отсутствии врача-терапевта.

Оплата обследования беременных женщин на вирусные гепатиты «В» и «С» методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) проводится по самостоятельному тарифу «ПЦР-диагностика (Realtime)». В случае необходимости проведения обследования одновременно на вирусный гепатит «В» и «С» оплата проводится по тарифу «ПЦР-диагностика (Realtime)» за каждое исследование.

9. Порядок оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой выездными реанимационными бригадами перинатального центра.

9.1. За единицу оказания специализированной медицинской помощи выездными реанимационными бригадами перинатального центра принимается выезд/вылет реанимационных (акушерской, неонатологической, педиатрической) бригад перинатального центра в медицинские организации Хабаровского края в целях оказания экстренной и неотложной медицинской помощи и проведения реанимационных и лечебных мероприятий женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, и детям, в том числе во время транспортировки.

9.2. Каждый выезд/вылет бригады представляет собой законченный случай и не предполагает обязательную транспортировку больного в специализированный стационар или в профильную медицинскую организацию более высокого уровня.

9.3. Оплата осуществляется за фактически выполненные объемы специализированной медицинской помощи выездными реанимационными бригадами перинатального центра, в пределах установленного решением Комиссии планового задания по утвержденному тарифу без учета транспортных расходов санитарной авиации.

10. Порядок проведения взаиморасчетов при предоставлении внешних

медицинскихуслуг.

10.1. Понятийный аппарат:

**Внешние медицинские услуги** -консультативные, диагностические, лабораторные и иные услуги, оказанные медицинскими организациями-исполнителями в соответствии с плановыми заданиями и тарифами, установленными настоящим Соглашением, в отношении застрахованных лиц, находящихся на лечении в условиях круглосуточного или дневного стационара в медицинских организациях-заказчиках, не имеющих возможности оказывать данные медицинские услуги.

**Медицинская организация - заказчик** (далее - МО-заказчик) - медицинская организация, направляющая застрахованного по ОМС гражданина (биологический материал застрахованного гражданина) для получения внешних медицинских услуг в рамках выполнения [порядков](consultantplus://offline/ref=485E63A1241B348B4913B1AF325CB3A4CAE4AE03427D81F14D29A1A3j9O0E) оказания медицинской помощи и/или [стандартов](consultantplus://offline/ref=485E63A1241B348B4913B1AF325CB3A4CDE0AA024D7D81F14D29A1A3j9O0E) медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в условиях стационаров (дневных стационаров), в медицинскую организацию - исполнитель.

**Медицинская организация - исполнитель** (далее - МО-исполнитель) – медицинская организация, предоставляющая внешние медицинские услуги, в том числе в отношении прикрепившихся к ней для получения амбулаторной помощи застрахованных лиц, в период нахождения их на лечении в условиях стационаров (дневных стационаров) в медицинской организации- исполнителе.

**Направление** **на получение внешних медицинских услуг** - документ, оформленный МО-заказчиком и выданный застрахованному по ОМС гражданину с целью получения им внешних медицинских услуг в МО-исполнителе, подлежащий строгой отчетности для осуществления учета объема заказанных внешних медицинских услуг.

10.2. Порядок взаимодействия медицинских организаций и страховых медицинских организаций при проведении взаиморасчетов.

МО-исполнители формируют счета на оплату медицинской помощи, в том числе внешних медицинских услуг, и предъявляют их в СМО в порядке и сроки, установленные Договором[[7]](#footnote-7) и Правилами[[8]](#footnote-8).

МО-исполнитель в счетах на оплату внешних медицинских услуг обязательно указывает код МО-заказчика, направившей пациента (биоматериал).

СМО проводит медико-экономический контроль оказанной медицинской помощи в соответствии с [Порядком](consultantplus://offline/ref=BD573B32C90AC61348FBF8B745DBA68CB5A47CF81A304AF0D4F4DE963725BB8F599352ACD0290CE6u2k6X) организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденным Приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230.

СМО в срок не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным, направляет полученные от МО-исполнителей персонифицированные сведения об оказанных ими в отчетном месяце внешних медицинских услугах МО-заказчику по форме «Реестр медицинских услуг, оказанных МО-исполнителями пациентам по направлениям МО-заказчика», в разрезе МО-исполнителей (приложение 1 к настоящему порядку).

МО-заказчик проводит сверку соответствия количества оказанных в отчетном месяце МО-исполнителями внешних медицинских услуг (по полученным от СМО персонифицированным сведениям) количеству выписанных им направлений.

При необходимости МО-заказчик в срок не позднее 27-го числа **второго** месяца, следующего за отчетным, представляет в СМО письмо-отказ с исходящим номером отправителя по типовой форме письма-отказа (приложение 2 к настоящему порядку), в котором (в виде выписки из реестра счетов МО-исполнителя) указываются пациенты и оказанные им услуги, оплату которых МО-заказчик не подтверждает (далее письмо-отказ МО-заказчика). Письмо-отказ МО-заказчика должно быть согласовано с МО-исполнителем и подписано руководителями или уполномоченными лицами обеих сторон. Письма-отказы МО-заказчиков, не согласованные с МО-исполнителями, а также письма-отказы по реестрам счетов отчетного месяца, представленные по истечении указанного срока, СМО к рассмотрению не принимаются.

СМО на основании согласованного письма-отказа МО-заказчика проводит удержание средств, ранее оплаченных МО-исполнителю, и осуществляет их возврат МО-заказчику. СМО извещает МО-исполнителя о размере удержанных средств.

Возражения МО-заказчиков и МО-исполнителей по содержанию подписанных ими согласованных писем-отказов, а также по оплате внешних медицинских услуг, произведенной на основании таких согласованных писем-отказов, СМО к рассмотрению не принимаются, за исключением случаев, когда удержанные с МО-исполнителя и возвращенные МО-заказчику суммы не соответствуют суммам, указанным в согласованных письмах-отказах.

10.3. Расчеты СМО с МО, участвующими в системе взаиморасчетов.

Сумма финансирования **МО-заказчика** за отчетный месяц (СФз) рассчитывается по формуле:

СФз = СПсч – Рк – Sвн, где:

СПсч – сумма предъявленных счетов;

Рк – результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

Sвн - сумма, включающая стоимость за внешние медицинские услуги, выполненные МО-исполнителями.

Финансирование МО-заказчика за отчетный месяц уменьшается на сумму, включающую стоимость внешних медицинских услуг, выполненных МО-исполнителем.

Сумма финансирования **МО-исполнителя** за отчетный месяц (СФи) рассчитывается по формуле:

СФи = СПсч – Рк + Sвн, где:

Рк – результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

Sвн - сумма, включающая стоимость за внешние медицинские услуги, выполненные МО-исполнителями.

Финансирование МО-исполнителя за отчетный месяц увеличивается на сумму, включающую стоимость выполненных им внешних медицинских услуг.

10.4. В случае оказания МО-исполнителем без направления МО-заказчика внешних медицинских услуг пациенту в период его лечения в круглосуточном стационаре (МО-заказчика), СМО производит уменьшение финансирования МО-исполнителя в отчетном месяце на сумму указанных услуг в соответствии с Приложением №28 к Соглашению о тарифах на 2016 год[[9]](#footnote-9) и направляет соответствующую информацию в ХКФОМС.

Приложение 1

к порядку проведения взаиморасчетов

при предоставлении внешних медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Реестр внешних медицинских услуг, оказанных МО - исполнителями** \_\_\_\_\_(Наименование МО)\_\_\_  **для** \_\_\_\_\_\_**(**Наименование МО-заказчика**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** | | | | | | | | | |
| **застрахованным в**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**Наименование СМО**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_, за \_\_\_\_\_\_\_**(Отчетный период)\_**\_\_месяц** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ФИО | ДР | Пол | № полиса ОМС | Код МО-исполнителя | Дата оказания услуги | Услуга | Количество | Сумма | Признак оплаты (дата направления) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: | | | | | | |  |  | Х |

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач МО-исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.) |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к порядку проведения взаиморасчетов при предоставлении внешних медицинских услуг |

Главному врачу МО-исполнителя

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

Директору СМО (после согласования)

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

**Письмо-отказ в оплате реестра счетов за оказанные внешние медицинские услуги медицинской организацией – исполнителем**

За период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская организация – заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

не подтверждает оплату внешних медицинских услуг:

Диагностические услуги (указать причину отказа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном виде прилагается.

Лабораторные услуги (указать причину отказа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном виде прилагается.

Консультативные услуги (указать причину отказа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пофамильная выписка в виде копии из реестра МО-исполнителя в электронном виде прилагается.

Главный врач МО-заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Согласовано: Главный врач МО-исполнителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664 «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [↑](#footnote-ref-1)
2. Приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [↑](#footnote-ref-2)
3. Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» [↑](#footnote-ref-3)
4. Приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» [↑](#footnote-ref-4)
5. Приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т. ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» [↑](#footnote-ref-5)
6. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» [↑](#footnote-ref-6)
7. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1355н (ред. от 16.11.2015) "Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию". [↑](#footnote-ref-7)
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 06.08.2015) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". [↑](#footnote-ref-8)
9. Приложение №28 к Соглашению о тарифах на 2016 год «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказаниемедицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» [↑](#footnote-ref-9)