|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Дополнительному Соглашению №1 от 16.01.2017  к Соглашению о тарифах на 2017 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 2017 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 медицинскими организациями осуществляются:

1.4.1. Страховыми медицинскими организациями по – тарифам на медицинские услуги, установленным настоящим Соглашением, при обязательном наличии направления (по утвержденным МЗ РФ формам) медицинской организации на получение внешних медицинских услуг.

1.4.2. Самостоятельно – на основании гражданско-правового договора, заключенного между медицинскими организациями.

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) (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);

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

2.2. В качестве учетной единицы амбулаторно-поликлинической помощи принимаются:

2.2.1. Посещения с профилактической целью, в том числе:

а) центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

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

г) в связи с патронажем;

д) 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.

2.2.2. Обращения по поводу заболеваний, представляющих собой законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях.

2.2.3. Посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

2.2.4. Прием врачей приемного отделения при оказании медицинской помощи пациентам, не нуждающимся в госпитализации в круглосуточный стационар.

2.2.5. Диагностические услуги (только для медицинских организаций, которым установлены объемы на самостоятельные диагностические услуги).

2.2.6. Условные единицы труда (УЕТ) – при оказании амбулаторной стоматологической помощи.

2.3. 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 консультивно-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.

2.4. 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 не менее 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».

2.5. 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.

2.6. 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 - «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 № 36 ан.

- 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 том числе 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).

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

2.8. Оплата медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями, имеющими прикрепившееся население, осуществляется путем перечисления страховыми медицинскими организациями ежемесячно :

- 95% от размера финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу в расчете на месяц;

- стимулирующей части в размере не более 5% от ежемесячного финансирования по подушевому нормативу с учетом выполнения медицинской организацией качественных критериев оценки эффективности деятельности амбулаторно-поликлинической помощи.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу за январь 2017 года осуществляется без учета оценки выполнения целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций в объеме 100% от размера финансового обеспечения по подушевому нормативу в расчете на месяц.

2.9. Оплата амбулаторной медицинской помощи за единицу объема, осуществляется:

- медицинским организациям, не имеющим прикрепившегося населения (самостоятельные стоматологические поликлиники, женские консультации, входящие в структуру родильных домов, консультативно-диагностические центры, другие медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь);

- медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу (имеющим прикрепившееся население), помимо оплаты по подушевому нормативу - в случае, если они выполняют отдельные функции клинико-диагностического центра. При этом оплата за единицу объема медицинской помощи (включая диагностические услуги), не может быть применена в отношении медицинских услуг, оказанных лицу, прикрепившемуся к данной медицинской организации (в соответствии с отметкой в регистре застрахованных Хабаровского края), за исключением компьютерной и магнитно-резонансной томографии, обследований беременных женщин на маркеры вирусных гепатитов, которые оплачиваются по самостоятельным тарифам.

2.10. В медицинских организациях, указанных в пункте 2.9. настоящего Порядка, плановая медицинская помощь и диагностические услуги оказываются при наличии направления (с указанием вида необходимой консультативной и (или) диагностической услуги), выданного медицинской организацией, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу.

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

2.11. При проведении процедуры 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).

**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, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе 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;

- за прерванный случай лечения: 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.

3.2. Финансовое обеспечение медицинской помощи в круглосуточных условиях и в условиях дневных стационаров всех типов, основано на формировании клинико-статистических групп (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, утвержденными Минздравом России и Федеральным фондом 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 лечения в условиях круглосуточного стационара, 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 |
| 74 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 75 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 160 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | 166 | Болезни глаза | 0,51 |
| 287 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 286 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| 287 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 194 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |
| 232 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 1,2 | 229 | 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 | 231 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов | 0,67 |
| 243 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 0,55 | 258 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 0,66 |

3.3. Для случаев лечения в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее (без учета исхода госпитализации) без оперативных вмешательств оплата производится в размере 50% от стоимости, с проведением оперативного вмешательства оплата производится в размере 100% стоимости определенной настоящим Соглашением (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ 10).

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

Таблица.

**Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплату**

**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 |
| 5 | Кесарево сечение |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| 16 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 84 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 97 | Сотрясение головного мозга |
| 146 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 154 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 155 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 159 | Замена речевого процессора |
| 160 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 161 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 185 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 206 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 258 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |
| 287 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 300 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| 302 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 306 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

Для прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов, при которых длительность госпитализации составляет более 3 дней оплата производится в размере 100% стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

3.4. Оплата больных, переведенных в пределах одной медицинской организации в рамках круглосуточного стационара из одного отделения в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), производится в рамках одного случая лечения по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной 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, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую. В подобных случаях 100% оплате подлежат оба случая лечения в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев лечения.

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.

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 в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, 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. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи медицинской помощи по соответствующему методу.

**4. Порядок оплаты медицинских услуг при заместительной**

**почечной терапии**

При заместительной почечной терапии за единицу объема принимаются:

- в условиях круглосуточного стационара - лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре (законченный случай лечения);

-  в условиях дневного стационара - один месяц лечения;

- в амбулаторных условиях - 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 по тарифам, установленным настоящим Соглашением, и является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиафильтрация, перитонеальный диализ) При этом, учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

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).

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 заболеваний.

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.

Оплата по двум КСГ осуществляется в случае пребывания в отделении «Патологии беременных» не менее 2 дней с последующим родоразрешением по следующим кодам МКБ 10:

| **Код МКБ 10** | **Диагноз** |
| --- | --- |
| О14.1 | Тяжелая преэклампсия |
| О34.2 | Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери |
| О36.3 | Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери |
| О36.4 | Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери |
| О42.2 | Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией. |

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

**6. Особенности оплаты случаев, отнесенных к профилю**

**«Акушерство-Гинекология»**

Отнесение случаев к КСГ 4 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса ХV Беременность, роды и послеродовый период (О00-О99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из трех услуг

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

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» (А16.20.005) 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 оплаты случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара (в том числе в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций). Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)». При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке 3 и менее пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара (в т.ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций).

**11. Порядок проведения взаиморасчетов при предоставлении внешних**

**медицинских услуг**

11.1. 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.

11.2. Порядок взаимодействия Хабаровского краевого фонда ОМС, 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 реестрах счетов на оплату внешних медицинских услуг обязательно указывает код МО-заказчика, направившего пациента для получения консультативной помощи врача - специалиста и (или) (биоматериал) для проведения исследований.

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.

Хабаровский краевой фонд ОМС не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным, на основании реестров счетов, представленных СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС направляет в СМО персонифицированные сведения об оказанных МО-исполнителями в отчетном месяце внешних медицинских услугах МО-заказчику.

СМО в срок не позднее последнего рабочего дня месяца, следующего за отчетным, оформляет полученные от ХКФОМС сведения по форме «Реестр медицинских услуг, оказанных МО-исполнителями пациентам по направлениям МО-заказчика», в разрезе МО-исполнителей (приложение 1 к настоящему Порядку) и направляет МО-заказчику.

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.

В случае несогласия МО-заказчика с информацией предоставленной СМО 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.

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

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

СФз = СПсчз – Рк – Sвн, где:

СПсчз – сумма предъявленных МО-заказчиком 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 = СПсчи – Рк, где:

СПсчи – сумма предъявленных МО-исполнителем счетов, включающая стоимость внешних медицинские услуг, выполненных для МО-заказчика.

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

Финансирование МО-исполнителя за отчетный месяц включает стоимость выполненных им внешних медицинских услуг.

11.4. 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 №30 к Соглашению о тарифах на 2017 год[[9]](#footnote-9) и направляет соответствующую информацию в ХКФОМС.

11.5. Контроль за проведением взаиморасчетов при предоставлении внешних медицинских услуг осуществляется Хабаровским краевым фондом ОМС на основании информации, представляемой СМО и медицинскими организациями.

Приложение 1

к Порядку применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой

в рамках территориальной программы

обязательного медицинского страхования

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Главному врачу МО - заказчика** \_\_\_\_\_(Наименование МО)\_\_\_  **Реестр внешних медицинских услуг, оказанных МО – исполнителями**  **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 |

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель СМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.) |  |
|  |  |

19

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к Порядку применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой  в рамках территориальной программы  обязательного медицинского страхования |

Главному врачу МО-исполнителя

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

Директору СМО (после согласования)

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

**Письмо-отказ в оплате реестра счетов за оказанные внешние медицинские услуги (лабораторные диагностические исследования) 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 оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» [↑](#footnote-ref-9)