|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Соглашению о тарифах  на оплату медицинской помощи  по обязательному медицинскому страхованию на территории  Хабаровского края на 2022 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 лицензией медицинской организации на осуществление медицинской деятельности.

1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов 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 2022 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) в рамках территориальной программы ОМС.

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 Министерством здравоохранения Российской Федерации формам) медицинской организации на получение внешних медицинских услуг.

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

1.5. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Хабаровского края, производится в соответствии с разделом X Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Минздрав России).

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.

1. **Способы и порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

2.1. При реализации Территориальной программы ОМС применяются способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, установленные п. 2.1.1 раздела II Соглашения.

В качестве учетной единицы объема амбулаторно-поликлинической помощи принимаются:

2.2. Для медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

2.2.1. Комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (включающее 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения).

2.2.2. Комплексное посещение для проведения диспансеризации.

2.2.3. Посещения с иными целями, в том числе:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации, в том числе в целях исследования уровня гликированного гемоглобина в крови, посещения врача-дерматолога в целях осмотра кожных покровов (врача-терапевта в случае отсутствия в штате медицинской организации врача-дерматолога);

- посещения центров здоровья (комплексное обследование, динамическое наблюдение);

- разовые посещения в связи с заболеваниями, наблюдением за течением беременности;

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

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

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

-посещения врачей и медицинскими работниками со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.

Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы центры здоровья[[1]](#footnote-1), единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

2.3. Для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями:

2.3.1. Обращение в связи с заболеванием – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Также поводом обращений являются: обследование и оформление документов на МСЭ и санаторно-курортной карты; открытие и закрытие листка временной нетрудоспособности; направление на аборт по медицинским показаниям и осложнения 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».

2.4. Для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме:

- посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, в том числе посещения в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах.

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

2.5. Диагностические услуги (см. раздел 1 Приложения №3 «Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС»).

Оплата диагностического исследования осуществляется:

- за вид медицинской услуги (медицинская услуга, имеющая законченное диагностическое значение);

- за подвид медицинской услуги (медицинская услуга в зависимости от способа ее выполнения),

предусмотренные Номенклатурой медицинских услуг[[2]](#footnote-2), (далее – Номенклатура).

Кодирование выполненных диагностических исследований согласно Номенклатуре должно быть зафиксировано в медицинской карте амбулаторного больного.

2.6. При оказании амбулаторной стоматологической помощи - условные единицы труда (УЕТ).

2.7. В состав посещения с профилактическими и иными целями, обращения по поводу заболевания, посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи включаются услуги врачебных осмотров (в отдельных случаях осмотров среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Минздравом России), 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, предусмотренные стандартами медицинской помощи.

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

2.8. 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 Минздравом России.

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, утвержденной приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н[[3]](#footnote-3): 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).

Рентгенологическое исследование считается завершенным при наличии заключения врача-рентгенолога (анализа результатов рентгенологических исследований, в том числе сопоставления данных текущего рентгенологического обследования с архивом рентгенограмм), зафиксированного в журнале записи рентгенологических исследований по ф. № 50у[[4]](#footnote-4).

Отсутствие в медицинской документации записи, отражающей врачебный осмотр (осмотр средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием), консультацию пациента, результаты проведенных исследований, является основанием для неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание (отказа в учете) данного случая амбулаторно-поликлинической помощи.

2.9. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

Соглашением установлены тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, применяемые при межтерриториальных расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни, и проведения мобильными медицинскими бригадами.

2.9.1. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или прием (осмотр) фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с [приложением № 2](consultantplus://offline/ref=A560A96FA77627959E929B5D4074F5BCBCFF2CCA17056816A11DA0854337C83FC588688818EC5753CD4DC67753380FD43C6C61C1D9655455IEuBF) к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. [N 404н](consultantplus://offline/ref=4640406178BA0DFDB8E3609970FE2838E4020B79595D1C7C22160177619E996AF7F176D166159022707CE947803BS9C)[[5]](#footnote-5) (далее-приказ №404н).

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя перечень осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, предусмотренный пунктом 13 Приказа №404н.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

1) в качестве самостоятельного мероприятия;

2) в рамках диспансеризации;

3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

2.9.2. Диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в порядке, предусмотренном Приказом Минздрава России № 72н[[6]](#footnote-6);

- диспансеризации 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[[7]](#footnote-7);

- медицинских осмотров несовершеннолетних в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н[[8]](#footnote-8).

Диспансеризация и профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних считается завершенным (I этап) при условии проведения осмотров врачами-специалистами (в том числе врачом-психиатром), предусмотренных Перечнем осмотров и исследований при проведении диспансеризации (медицинских осмотров)5,6,7.

Учет диспансеризации и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется в программном комплексе «БАРС- Здравоохранение-ТФОМС» по нозологическим формам, включенным в МКБ-10. При этом оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение) осуществляется по тарифам, исключающим расходы на проведение осмотра врачом-психиатром.

2.10. Проведение углубленной диспансеризации планируется и учитывается в объеме и стоимости профилактических мероприятий. Единицей измерения первого этапа углубленной диспансеризации является комплексное посещение, включающее в себя перечень исследований в соответствии с [приложением в соответствии с приложением № 9 к территориальной программе ОМС.](consultantplus://offline/ref=4640406178BA0DFDB8E3609970FE2838E30A06795E591C7C22160177619E996AE5F12EDD64198C257969BF16C6EEE224D5754E04CCEA670737S6C)

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления у гражданина хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в установленном порядке ставится на диспансерное наблюдение, при наличии показаний ему оказывается соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.10.1. Первый этап углубленной диспансеризации проводится в целях выявления у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, признаков развития хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации и включает в себя:

- проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

- прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики);

- комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, C-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;

- тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);

-определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

2.10.2. Второй этап углубленной диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя:

- проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

- проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

-дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

Оплата комплексных посещений и исследований в рамках углубленной диспансеризации не включается в подушевой норматив финансирования и осуществляется по самостоятельным тарифам.

2.11. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, предоставляемой медицинскими организациями, имеющими прикрепившееся население, за исключением медицинской помощи, финансируемой по самостоятельным тарифам, осуществляется путем финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу в расчете на месяц, исходя из фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи для каждой медицинской организации, установленного Соглашением о тарифах, и численности застрахованных прикрепленных лиц.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, предусмотренных Требованиями к Тарифному соглашению (п.3.3.5.Соглашения) составляет 5 процентов и выплачивается дополнительно.

Определение Комиссией критериев результативности деятельности при выполнении территориальной программы ОМС медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу, осуществляется в соответствии с Порядком расчета значений критериев результативности деятельности медицинских организаций, установленным Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

Мониторинг достижения целевых значений показателей результативности деятельности медицинскими организациями проводится Комиссией по итогам полугодия, года и оформляется решением Комиссии.

2.12. По тарифам, установленным настоящим Соглашением, в соответствии с установленными Комиссией плановыми заданиями, осуществляется оплата:

2.12.1. Неполной комплексной медицинской услуги для определения в специализированном кабинете по бесплодному браку (далее – КББ) показаний к применению ЭКО:

- у женщин (Антимюллеровый гормон крови);

- у мужчин (Спермограмма).

2.12.2. Комплексной медицинской услуги для определения в специализированном КББ показаний к применению ЭКО:

- у мужчин, включающей перечень исследований с кратностью согласно

Таблице 1;

- у женщин, включающей перечень исследований с кратностью согласно Таблице 2.

Таблица 1

**Перечень исследований, включенных в состав «Комплексной медицинской услуги для определения в специализированном кабинете по бесплодному браку показаний к применению ЭКО (мужчины)»**

| № п/п | Наименование | Частота предоставления |
| --- | --- | --- |
| 1 | Спермограмма | 1,5 |
| 2 | Прямой Mar - тест (антиспермальные антитела JgА, IgG) | 0,8 |
| 3 | ПЦР диагностика | 1,6 |
| 4 | Гормон крови ФСГ | 0,4 |
| 5 | Гормон крови общий тестостерон | 0,4 |

Таблица 2

**Перечень исследований, включенных в состав «Комплексной медицинской услуги для определения в специализированном кабинете по бесплодному браку показаний к применению ЭКО (женщины)»**

| № п/п | Наименование | Частота предоставления |
| --- | --- | --- |
| 1 | ПЦР диагностика | 4,0 |
| 2 | Определение Ig G и М методом ИФА на краснуху | 1,0 |
| 3 | Гормон крови ТТГ | 1,0 |
| 4 | Гормон крови ФСГ | 1,0 |
| 5 | Гормон крови ЛГ | 1,0 |
| 6 | Гормон крови пролактин | 1,0 |
| 7 | Гормон крови свободный тестостерон | 0,5 |
| 8 | Гормон крови АТ ТПО | 1,0 |
| 9 | Гормон крови общий эстрадиол | 1,0 |
| 10 | Гормон крови прогестерон | 1,0 |
| 11 | Ориентировочное исследование системы гемостаза АЧТВ | 1,0 |
| 12 | Определение фибриногена и протромбинового времени | 1,0 |
| 13 | Антимюллеровый гормон крови | 1,0 |
| 14 | Молекулярно-биологические исследования | 0,5 |

Разделение комплексной услуги на отдельные компоненты, равно как и оплата отдельных компонентов комплексной услуги, не предусмотрено.

В случае невозможности выполнения комплексной услуги медицинской организацией, имеющей специализированный КББ, обследование пациента осуществляется в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Хабаровского края от 09.07.2018 № 767-р.

2.13. Способ оплаты амбулаторной медицинской помощи за единицу объема осуществляется при оплате:

2.13.1. Стоматологической медицинской помощи;

2.13.2. Услуг диализа;

2.13.3 Медицинской помощи в неотложной форме;

2.13.4. Медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившегося населения ( женские консультации, входящие в структуру родильных домов, консультативно-диагностические центры, другие медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь);

2.13.5. В медицинских организациях, оказывающих 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 оплаты отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также проведения диагностики «Скрининговое УЗИ при сроке беременности 19-21 недели по оценке антенатального развития плода», которые оплачиваются по самостоятельным тарифам.

Оплата посещений с другими целями (врача или среднего персонала) при проведении медицинского осмотра перед проведением профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется за единицу объема амбулаторной помощи в случаях предоставления медицинских услуг лицам, неприкрепленным к медицинской организации (в соответствии с отметкой в регистре застрахованных Хабаровского края), выполнившей данную услугу.

2.14. В медицинских организациях, указанных в пунктах 2.13.4 - 2.13.5. настоящего Порядка, плановая медицинская помощь и диагностические услуги оказываются при наличии направления (с указанием вида необходимой консультативной помощи и (или) диагностической услуги), выданного медицинской организацией, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу.

Действие данного пункта не распространяется на акушерско-гинекологическую помощь.

2.15. В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ ОМС осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в случае:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

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

3.1. При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневных стационаров всех типов:

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

за прерванный случай госпитализации в случаях, за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении N 5 к Программе государственных гарантий;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях, указанных в пункте 3.4.настоящего Порядка, за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении N 5 к Программе государственных гарантий.

3.2. Оплата по КСГ за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС (далее-ВМП), на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС.

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

Расшифровка КСГ осуществляется в соответствии с классификацией заболеваний МКБ 10, Номенклатурой услуг. 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.

Нумерация КСГ представлена в формате четырехзначного кода, в котором первым и вторым знаком являются латинские буквы st (для круглосуточного стационара) или ds (для дневного стационара), третий и четвертый знаки – это порядковый номер профиля. Например, КСГ «Сепсис, взрослые» в круглосуточном стационаре имеет код st12.005, где st12 – код профиля «Инфекционные болезни» в круглосуточном стационаре, а 005 – номер КСГ внутри группы «Инфекционные болезни».

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, если пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет.

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 наиболее 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 лечения в условиях дневного стационара и для приведенных ниже комбинаций КСГ (таблица 3). Иными словами, при наличии вмешательств, 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.

Таблица 3

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 |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | st02.008 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 0,58 | st02.008 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | st02.009 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,46 |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | st04.002 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | st04.002 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | st21.007 | Болезни глаза | 0,51 |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | st34.001 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | st26.001 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |

3.4. Оплата прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов осуществляется в соответствии с Программой, согласно которой к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в таблице 2 Приложения к Порядку оплаты.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

3.4.1. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее –85% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Приложением № 1 к настоящему Порядку оплаты определен перечень КСГ в круглосуточном стационаре и дневном стационаре, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в Приложение 1 к Порядку, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев.

3.4.2. В случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 75% от стоимости КСГ.

Приложением № 2 к настоящему Порядку оплаты определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения в соответствии с Программой) по КСГ, перечисленным в Приложении № 2 к Порядку, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

3.4.3. В случаях проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях в возрасте 18 лет и старше, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.4.4. Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

3.5. Отнесение к соответствующей КСГ случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, а также в ряде случаев – количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

3.6. Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ. Отнесение к группам осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций) (при наличии), а также кода МНН лекарственных препаратов.

В случае отсутствия указания кода диапазона фракций в Расшифровке групп, отнесение случая к соответствующей КСГ осуществляется вне зависимости от числа фракций.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп».

В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп», предусмотренных для отнесения к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, оплата случая осуществляется по КСГ, определенной исходя из действующего алгоритма группировки.

3.7. В случаях лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19- формирование групп осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»-«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19. Перечень кодов «stt1»-«stt5» с расшифровкой.

Дополнительные классификационные критерии отнесения   
случаев лечения к КСГ

| Код ДКК | Наименования ДКК | Случаи применения ДКК |
| --- | --- | --- |
| stt1 | Легкое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденные Минздравом России) | Лечение пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 |
| stt2 | Среднетяжелое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденные Минздравом России) |
| stt3 | Тяжелое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденные Минздравом России) |
| stt4 | Крайне тяжелое течение в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести (Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденные Минздравом России) |
| stt5 | Долечивание пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19 | Долечивание пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию COVID-19 |

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

3.8. Оплата случая лечения по 2 и более КСГ осуществляется при :

3.8.1. Переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) 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, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

3.8.2. Случаи родоразрешения пациенток в период лечения их в условиях круглосуточного стационара по поводу заболеваний, вызванных COVID-19, учитываются медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь по профилю «Акушерство и гинекология», отдельно и оплачиваются по тарифу КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающей родоразрешение.

3.8.3. Проведении медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3.8.4. Оказании медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

3.8.5. Этапном хирургическом лечении при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

3.8.6. Проведении реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

3.8.7. Дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в случаях, указанных в пункте 5 настоящего Порядка.

3.8.8. Наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

3.8.9. Проведении первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

3.8.10. Проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

3.8.11. Проведении диализа.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ не допускается.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.9. При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в рамках оказания ВМП, 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 ВМП, 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 соответствующей КСГ.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов ВМП. 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 выполненного хирургического вмешательства и (или) других применяемых медицинских технологий.

**4. Порядок оплаты**

**случаев лечения при оказании услуг диализа**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется по тарифам (Приложение 26):

-в амбулаторных условиях- за услугу диализа,

-в условиях дневного стационара – по КСГ для оплаты услуг диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи,

-в стационарных условиях – по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

**5. Порядок оплаты случаев, отнесенных к профилю**

**«Патологии беременности»**

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

Случаи лечения в отделении «Патологии беременности» 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 пациентки в отделении «Патологии беременных» не менее 2 дней с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по кодам МКБ 10, представленным в таблице 4:

Таблица 4

| **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. |

- в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

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

КСГ st01.001 «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.

**6. Особенности оплаты случаев лечения в стационарных условиях,**

**отнесенных к профилю «Акушерство-Гинекология»**

Отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O10-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из следующих услуг:

Таблица 5

|  |  |
| --- | --- |
| B01.001.006 | Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом |
| B01.001.009 | Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом |
| B02.001.002 | Ведение физиологических родов акушеркой |
| A16.20.007 | Пластика шейки матки |
| A16.20.015 | Восстановление тазового дна |
| A16.20.023 | Восстановление влагалищной стенки |
| A16.20.024 | Реконструкция влагалища |
| A16.20.030 | Восстановление вульвы и промежности |

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью».

При выполнении хирургического вмешательство кесарева сечения (A16.20.005 «Кесарево сечение») случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза.

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

**7. Особенности оплаты экстракорпорального оплодотворения**

В рамках проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;

2. Получение яйцеклетки;

3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

5. Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГ осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов ЭКО.

Таблица 6

| Код ДКК | Наименования ДКК | Случаи применения ДКК |
| --- | --- | --- |
| ivf1 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) (A11.20.030.001 Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона) | Проведение ЭКО |
| ivf2 | Проведение I этапа ЭКО: стимуляция суперовуляции |
| ivf3 | Проведение I-II этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки) |
| ivf4 | Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона); без последующей криоконсервации эмбрионов |
| ivf5 | Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона); с последующей криоконсервацией эмбрионов (A11.20.031 Криоконсервация эмбрионов) без переноса эмбрионов |
| ivf6 | Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); без осуществления криоконсервации эмбрионов |
| ivf7 | Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); с осуществлением криоконсервации эмбрионов (A11.20.031 Криоконсервация эмбрионов) |

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

**8. Порядок оплаты скорой медицинской помощи**

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

**9. 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 женщин 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.

**10. Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре**

Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ 10 и иного классификационного критерия «if» или «nif», отражающего применение лекарственных препаратов для противовирусной терапии. Описание группировки указанных КСГ представлено в таблице 7.

Таблица 7

| КСГ | Код диагноза МКБ 10 | Иной классификационный критерий | Описание классификационного критерия |
| --- | --- | --- | --- |
| ds12.010 «Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 1)» | B18.2 | if | Назначение лекарственных препаратов пегилированных интерферонов для лечения хронического вирусного гепатита С в интерферонсодержащем режиме в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ) |
| ds12.011 «Лечение хронического вирусного гепатита C (уровень 2)» | B18.2 | nif | Назначение лекарственных препаратов прямого противовирусного действия для лечения хронического вирусного гепатита С в безинтерфероновом режиме в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ) |

В целях кодирования случая лечения указание иного классификационного критерия «if» необходимо при проведении лекарственной терапии с применением препаратов пегилированных интерферонов за исключением препаратов прямого противовирусного действия. В то же время, к случаям лечения, требующим указания критерия «nif», относится применение любой схемы лекарственной терапии, содержащей препараты прямого противовирусного действия в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ), в том числе применение комбинации лекарственных препаратов прямого противовирусного действия и пегилированных интерферонов.

Коэффициент относительной затратоемкости для указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

**11. Порядок оплаты случаев лечения по профилю**

**«Медицинская реабилитация»**

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке 4-6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

С 2022 года стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001-st37.003, ds37.001-ds37.002) увеличена с учетом возможности применения ботулинического токсина.

При этом введение ботулинического токсина для данных КСГ не является обязательным. Также в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина добавлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

Также с 2022 года для КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (st37.001-st37.003 и ds37.001-ds37.002) предусмотрена возможность кодирования применения ботулинического токсина в сочетании с оценкой по ШРМ (3-5 в стационарных условиях и 2-3 в условиях дневного стационара) из диапазона кодов «rbb2»-«rbb5», где:

- «rbb2» - 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина;

- «rbb3» - 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина;

- «rbb4» - 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина;

- «rbb5» - 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина.

Градация по Шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), применяемой как для взрослых, так и для детей, представлена в Приложении № 3 к порядку оплаты.

**12. Порядок оплаты случаев госпитализации с применением**

**коэффициента сложности лечения пациента**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается тарифным соглашением (Приложение № 14 к Соглашению о тарифах) при оказании медицинской помощи в следующих случаях:

12.1. Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 12.2.  настоящего раздела.

12.2. Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»

В случае совместного пребывания ребенка и его законного представителя:

12.2.1. Спальное место законного представителя ребенка оборудуется кроватью в комплекте с матрацем, одеялом, подушкой, постельным бельем (двумя простынями и наволочкой) и полотенцем.

Площадь на одну койку ребенка (с круглосуточным пребыванием законного представителя) должна составлять не менее 10 м2.

12.2.2. Законный представитель ребенка обеспечивается питанием, столовой посудой и столовыми приборами на время приема пищи (тарелкой, кружкой, ложкой). Сведения о количестве законных представителей, состоящих на питании, отражаются в форме №22-МЗ[[9]](#footnote-9).

12.3. Оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки.

12.4. Развертывание индивидуального поста.

12.5. Наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента (Таблица 8):

Таблица 8

| № п/п | Наименование заболевания | Код МКБ 10 |
| --- | --- | --- |
| 1 | Жизнеугрожающие и хронические прогрессирующие редкие (орфанные) заболевания, приводящие к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. | Коды заболеваний в соответствии с перечнем, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 26.04.2012 №403[[10]](#footnote-10) |
| 2 | Рассеянный склероз | G35 |
| 3 | Хронический лимфоцитарный лейкоз | С91.1 |
| 4 | Состояния после трансплантации органов и (или) тканей | Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8); |
| 5 | Детский церебральный паралич | G80 |
| 6 | ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые | B20 – B24 |
| 7 | Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети | Z20.6 |
| 8 | Сахарный диабет типа 1 и 2 | E10-E11, О24.0,О24.1,О24.4 |

12.5.1. Сахарный диабет типа 1 и 2 при следующих состояниях:

12.5.1.1. Декомпенсация сахарного диабета на фоне развития интеркуррентного заболевания, требующего проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий (перевод на инсулинотерапию, проведение дополнительной инфузионной терапии с целью коррекции электролитных и других метаболических нарушений):

- гиперосомлярное состояние (повышение уровня глюкозы >35 ммоль/л, осмолярности крови > 320 мосмоль/л, креатинина, скорректированного натрия крови);

- гипергликемия (повышение уровня гликемии > 13 ммоль/л);

- кетоацидоз (повышение уровня гликемии > 13 ммоль/л у взрослых, > 11 ммоль/л у детей, гиперкетонемия > 5 ммоль/л, кетонурия ≥++, метаболический ацидоз), лактатацидоз (повышение уровня лактата > 5,0 ммоль/л, гиперкалиемия, рН крови <7,35);

- гипогликемические состояния (снижение уровня гликемии < 2,0 ммоль/л).

12.5.1.2. Впервые выявленный сахарный диабет (с проведением стандарта обследования, подтверждающего диагноз), требующий назначения медикаментозной терапии для коррекции гликемии;

12.5.1.3. Сахарный диабет с требующими учета при назначении терапии осложнениями:

- диабетическая нефропатия ХБП С3А-С5

- диабетическая макроангиопатия (Ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные заболевания)

- диабетическая автономная полинейропатия.

12.6. Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1-уровень 5) в соответствии с Перечнем сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, установленным Приложением № 4 к настоящему Порядку оплаты.

12.7. Проведение однотипных операций на парных органах (с использованием дорогостоящих расходных материалов), включенных в Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП (Приложение № 5 к настоящему Порядку оплаты).

Все случаи с применением КСЛП подлежат тематической ЭКМП и (или) внеплановой тематической экспертизе целевого использования средств ОМС.

**13. Оплата эксимерлазерной кератэктомии**

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

Выявление данных случаев необходимо осуществлять в рамках проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

**14.** **Порядок учета стоматологической помощи**

**в амбулаторных условиях**

Оказание стоматологической помощи в амбулаторных условиях должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение (один визит пациента).

Учет стоматологической помощи осуществляется за каждый случай лечения с кодом диагноза по МКБ-10 за один календарный месяц. При лечении пациента по нескольким заболеваниям в течение календарного месяца – формируются отдельные случаи лечения по соответствующим кодам диагноза по МКБ-10.

**15. Особенности оплаты случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)**

Лекарственная терапия злокачественных новообразований (КСГ st08.001-st08.003, st19.090-st19.102, st19.105-st19.121, ds08.001-ds08.003, ds19.063-ds19.078, ds19.080-ds19.096)

Отнесение случаев к группам st19.105-st19.121 и ds19.080-ds19.096, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9003).

**За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».**

Под циклом химиотерапии понимается введение химиотерапевтических препаратов в рамках определенной схемы химиотерапии. В цикле присутствуют «дни введения» и «дни отдыха».

Под курсом химиотерапии понимается последовательное неоднократное применение циклов. При этом первый день последующего цикла начинается сразу после последнего дня предыдущего.

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

В зависимости от количества введений (дней) лекарственных средств в рамках одной госпитализации предусмотрено два варианта оплаты одной схемы лечения – за введение и за весь цикл. При этом наличие возможности оплаты за весь цикл (выделение схем с точкой в коде) предусмотрено только для схем, предусматривающих перерыв между введениями лекарственных препаратов, во время которого пациент может нуждаться в круглосуточном либо в ежедневном наблюдении.

Описание схем в справочнике не может служить заменой сведениям, изложенным в клинических рекомендациях и инструкциям к лекарственным препаратам, и предназначено не для информирования медицинских работников о возможных вариантах лечения, а для идентификации проведенного лечения в целях его корректного кодирования.

В расчете стоимости случаев лекарственной терапии с применением схем лекарственной терапии, включающих «трастузумаб» с режимом дозирования «6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день», учтена возможность изменения режима дозирования на «600 мг» в соответствии с клиническими рекомендациями и инструкциями к лекарственным препаратам.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по коду sh9003.

В случаях применения sh9003 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Также в 2022 году кодируются как sh9003 схемы с лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения.

Учитывая значительную дифференциацию схем лекарственной терапии внутри КСГ st19.119-st19.121 и ds19.094-ds19.096, а также возможное относительно небольшое количество случаев лечения с применением определенных схем лекарственной терапии в субъектах Российской Федерации, может наблюдаться существенное отклонение фактических затрат от стоимости КСГ с учетом установленного на федеральном уровне коэффициента относительной затратоемкости. В указанных случаях возможно нарушение принципа «бюджетной нейтральности» в случае выделения подгрупп в рамках указанных КСГ. Однако необходимо обеспечить сохранение принципа «бюджетной нейтральности» для системы КСГ в целом.

Отнесение случаев к группам st08.001-st08.003 и ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

С 2021 года изменились принципы оплаты случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (КСГ st19.090-st19.102 и ds19.063-ds19.078).

Отнесение к указанным КСГ осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: «1» – пребывание до 3 дней включительно, «2» – от 4 до 10 дней включительно, «3» – от 11 до 20 дней включительно, «4» – от 21 до 30 дней включительно.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (st19.097-st19.102 и ds19.071-ds19.078), с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп» (коды gemop1-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к ATX группе «L» – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код «gem» (вкладка «ДКК» файла «Расшифровка групп»), использующийся для формирования КСГ st19.094-st19.096 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-3) и ds19.067-ds19.070 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-4).

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

*Пример:*

*Пациент находился в стационаре в течение 40 дней. При этом на 25-ый день госпитализации ему был введен однократно даратумумаб, более никаких препаратов из перечня (справочник gemop1-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop26) не вводилось, но вводились другие лекарственные препараты с кодом АТХ «L».*

*Данный случай целесообразно подать к оплате по истечении 30 дней по КСГ st19.102 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 6)» (код длительности – «4», код МНН – «gemop6»), а за оставшиеся 10 дней – по КСГ st19.094 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)» (код длительности – «2», код АТХ – «gem»).*

В случае если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

**16. Отнесение к КСГ случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии**

Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по четырем КСГ профиля «Неврология», при этом КСГ st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» формируется только по коду диагноза по МКБ 10, а КСГ st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «ep1», «ep2» или «ep3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий. Описание группировки указанных КСГ представлено в таблице 9.

Таблица 9

| КСГ | Коды диагноза МКБ 10 | Иной классификационный критерий | Описание классификационного критерия |
| --- | --- | --- | --- |
| st15.005 «Эпилепсия, судороги (уровень 1)» | G40, G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, G41, G41.0, G41.1, G41.2, G41.8, G41.9, R56, R56.0, R56.8 | нет | --- |
| st15.018 «Эпилепсия, судороги (уровень 2)» | G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9, R56, R56.0, R56.8 | ep1 | Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов) |
| st15.019 «Эпилепсия (уровень 3)» | G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8, G40.9 | ep2 | Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 4 часов) и терапевтического мониторинга противоэпилептических препаратов в крови с целью подбора противоэпилептической терапии |
| st15.020 «Эпилепсия (уровень 4)» | G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.8, G40.9 | ep3 | Обязательное выполнение магнитно-резонансной томографии с высоким разрешением (3 Тл) по программе эпилептического протокола и проведение продолженного видео-ЭЭГ мониторинга с включением сна (не менее 24 часов) и терапевтического мониторинга противоэпилептических препаратов в крови с целью подбора противоэпилептической терапии и консультация врача-нейрохирурга |

**17. Порядок проведения межучрежденческих взаиморасчетов при предоставлении внешних медицинских услуг**

Настоящий Порядок разработан в соответствии с положениями раздела V Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи, согласно которому межучрежденческие расчеты рекомендуется осуществлять с использованием двух моделей организации оплаты:

- через страховую медицинскую организацию (по тарифам, установленным тарифным соглашением);

- в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации (заключение гражданско-правовых договоров на общих основаниях, предусмотренных Гражданским [кодексом](consultantplus://offline/ref=5E6610C0EAA3EAA12E9AC8786B8CCCF0F0A270CDEC51C09026DBCAA91C9486546DDD7B5EF7C82430CEFF6AB56728H7G)).

При использовании модели оплаты межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию применяются единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи при межучрежденческих расчетах, установленные тарифным Соглашением.

Медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

Страховые медицинские организации (далее-СМО) осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

17.1. Понятийный аппарат:

*Внешние медицинские услуги* – диагностические или лабораторные услуги, выполненные м*едицинской организацией-исполнителем* по направлению м*едицинской организации-заказчика* (в связи с отсутствием возможности предоставления самостоятельно), необходимые пациенту в рамках конкретного случая лечения, исходя из [стандартов](consultantplus://offline/ref=485E63A1241B348B4913B1AF325CB3A4CDE0AA024D7D81F14D29A1A3j9O0E) медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядков проведения профилактических мероприятий:

- в условиях круглосуточного или дневного стационара (Приложение № 1 к настоящему Порядку);

- в амбулаторных условиях (Приложение № 2 к настоящему Порядку).

*Медицинская организация-исполнитель* (далее – МО-исполнитель) – медицинская организация, предоставляющая внешние медицинские услуги застрахованным по ОМС[[11]](#footnote-11).

*Медицинская организация-заказчик* (далее – МО-заказчик) – медицинская организация, направившая в медицинскую организацию-исполнитель застрахованного по ОМС гражданина и (или) биологический материал для получения внешних медицинских услуг,

*Направление на получение внешних медицинских услуг в МО-исполнителе* (далее – направление).– документ, оформленный МО-заказчиком, в котором указывается:

-наименование необходимых застрахованному медицинских услуг,

-дата поступления пациента в стационар (дневной стационар),

-дата оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

МО-заказчик и МО-исполнитель обеспечивают учет направлений. МО-исполнитель осуществляет хранение направлений не менее 6 месяцев после завершения финансового года.

17.2. В рамках взаимодействия участников системы ОМС при проведении взаиморасчетов.

МО-исполнитель:

17.2.1. формирует счета на оплату внешних услуг с указанием кода соответствующей услуги и кода МО-заказчика, направившего пациента и (или) биоматериал, с обязательной отметкой «*Внешние медицинские услуги»* и представляет их в ХКФОМС и СМО в установленном порядке;

17.2.2. одновременно со счетами на внешние медицинские услуги, указанными в п.17.2.1. предоставляет:

- в ХКФОМС в течение 3-х рабочих дней после представления счетов в электронном виде - Протоколы согласования внешних медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным на территории Хабаровского края и за его пределами (далее – Протокол) с подтверждением на бумажном носителе;

- в СМО в электронном виде - Протоколы согласования внешних медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным на территории Хабаровского края с подтверждением на бумажном носителе.

17.3. Учет внешних медицинских услуг, выполненных МО-исполнителем, осуществляется отдельно от исследований, выполняемых в рамках плановых объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС в Хабаровском крае.

Исследования, не включенные в Протокол, учитываются и оплачиваются СМО (ХКФОМС) как фактически выполненные МО-исполнителем плановые задания.

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

Финансирование МО-заказчика за отчетный месяц (СФз) уменьшается на сумму, включающую стоимость внешних медицинских услуг, выполненных МО-исполнителем, и рассчитывается по формуле:

СФз = СПсчз – Рк – Свн, где:

СПсчз – сумма предъявленных МО-заказчиком счетов;

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

Свн – стоимость внешних медицинских услуг, выполненных МО-исполнителями, рассчитанная по тарифам, установленным Приложением № 9 к Соглашению о тарифах.

Финансирование МО-исполнителя за отчетный месяц включает стоимость выполненных им внешних медицинских услуги и рассчитывается по формуле:

СФи = СПсчи – Рк, где:

СПсчи – сумма предъявленных МО-исполнителем счетов, включающая, в том числе стоимость внешних медицинских услуг (Свн), выполненных для МО-заказчика.

Стоимость принятых к оплате СМО (ХКФОМС) внешних медицинских услуг удержанная с МО-заказчика, отражается ежемесячно в Сводном отчете по оплате медицинской помощи отдельной строкой.

Исключение СМО оплаченных внешних услуг из Протокола производится на основании Письма-отказа, согласованного МО-заказчиком и МО-исполнителем

17.5. В рамках взаиморасчетов осуществляется оплата медицинскими организациями, оказывающими стационарную помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID 19, проведения первичной дифференциальной диагностики пневмонии в условиях диагностических центров[[12]](#footnote-12)  на амбулаторном этапе в день госпитализации.

17.6. В рамках межучережденческих взаиморасчетов осуществляется оплата консультаций с применением телемедицинских технологий (далее - ТМК), проводимых в соответствии с Порядком, утвержденным Минздавом России[[13]](#footnote-13), по тарифам, установленным Соглашением, за исключением услуги «Дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) в референс-центре в целях получения повторного экспертного мнения по сложному диагностическому случаю», которая осуществляется по самостоятельному тарифу.

17.7. Контроль за проведением взаиморасчетов при предоставлении внешних медицинских услуг осуществляется ХКФОМС и СМО на основании информации, представляемой медицинскими организациями.

Приложение 1

к Порядку проведения межучрежденческих

взаиморасчетов при предоставлении

внешних медицинских услуг

ПЕРЕЧЕНЬ

видов диагностических и лабораторных услуг, оплачиваемых

путем проведения взаиморасчетов при предоставлении

внешних медицинских услуг в рамках случая лечения в условиях стационаров, дневных стационаров

| № п/п | Виды диагностических услуг |
| --- | --- |
| 1 | Лабораторное исследование |
| 2 | Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии |
| 3 | Компьютерная томография |
| 4 | Компьютерная томография с внутривенным усилением |
| 5 | Лечебно-диагностическое эндоскопическое исследование |
| 6 | Магнитно-резонансная томография |
| 7 | Магнитно-резонансная томография с контрастным усилением |
| 8 | Определение онкомаркеров аппаратом эксперт-класса |
| 9 | Видеоколоноскопия |
| 10 | Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с применением иммуногистохимических методов |
| 11 | Цитологические исследования |
| 12 | Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний |
| 13 | Автоматические (закрытые системы) биохимические исследования заболеваний |
| 14 | Автоматические (закрытые системы) исследования гемостаза |
| 15 | Иммунологические исследования методом проточной цитометрии и хемилюминисценции |
| 16 | ИФА-диагностика |
| 17 | Определение коронавируса COVID-19 в мазках со слизистой оболочки носо- и ротоглотки методом ПЦР |

Приложение 2

к Порядку проведения межучрежденческих

взаиморасчетов при предоставлении

внешних медицинских услуг

ПЕРЕЧЕНЬ

видов диагностических и лабораторных услуг, оплачиваемых

путем проведения взаиморасчетов при предоставлении

внешних медицинских услуг в рамках случая лечения в амбулаторных условиях

| № п/п | Виды диагностических услуг |
| --- | --- |
| 1 | Лабораторное исследование |
| 2 | Цитологические исследования |
| 3 | Определение онкомаркеров аппаратом эксперт-класса |
| 4 | Видеоколоноскопия |
| 5 | Автоматические (закрытые системы) биохимические исследования заболеваний |
| 6 | Автоматические (закрытые системы) исследования гемостаза |
| 7 | Иммунологические исследования методом проточной цитометрии и хемилюминисценции |
| 8 | Исследование гормонов |
| 9 | ИФА-диагностика |
| 10 | Рентгенография |
| 11 | Флюорография |
| 12 | Маммография |
| 13 | ПЦР-диагностика (Real time) |
| 14 | УЗИ-диагностика |
| 15 | Холтеровское мониторирование |
| 16 | Лечебно-диагностическое эндоскопическое исследование |
| 17 | Ультразвуковая эндоскопия |
| 18 | Эндоскопические методы исследования |
| 19 | Определение коронавируса COVID-19 в мазках со слизистой оболочки носо- и ротоглотки методом ПЦР |
| 20 | Разовые посещения в связи с заболеванием |
| 21 | Обращение по поводу заболевания |
| 22 | Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки |
| 23 | Исследование уровня прокальцитонина в крови |

**18**. **Порядок оплаты патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии**,

Оплата патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, включая гистохимические и иммуногистохимические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, осуществляется по тарифу за случай прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала (далее – ПАИ) с учетом категории сложности.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 24.03.2016 № 179н[[14]](#footnote-14) (далее – Приказ МЗ РФ 179н) под случаем понимается исследование биопсийного (операционного) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения (обращения, госпитализации) по поводу одного заболевания, включающее все этапы, указанные в [пунктах 16](consultantplus://offline/ref=6D7183AD479271E932CA432208446272C9EFB41036F91671BFBA2930D7A899D7DEB3E1887CA50076890BDCE8F33B2F2282D3E2EDA3E3B7C2yBr8C) Приказа МЗ РФ 179н и дополнительные методы исследования, указанные в [пункте 17](consultantplus://offline/ref=6D7183AD479271E932CA432208446272C9EFB41036F91671BFBA2930D7A899D7DEB3E1887CA500708E0BDCE8F33B2F2282D3E2EDA3E3B7C2yBr8C) Приказа МЗ РФ 179н Правил (в случае, если данные методы назначены врачом-патологоанатомом).

Дата взятия материала для ПАИ не может быть больше даты смерти пациента. Случаи, в которых дата взятия материала для гистологических исследований совпадает с датой смерти пациента, принимаются к оплате за счет средств ОМС. По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

1. Приказ Минздрава России от 29.10.2020 N 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». [↑](#footnote-ref-1)
2. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». [↑](#footnote-ref-2)
3. # Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

   [↑](#footnote-ref-3)
4. Приказ министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия Приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 № 1030». [↑](#footnote-ref-4)
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. [N 404н](consultantplus://offline/ref=4640406178BA0DFDB8E3609970FE2838E4020B79595D1C7C22160177619E996AF7F176D166159022707CE947803BS9C) "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован в Минюсте России 30 июня 2021 г. N 64042); [↑](#footnote-ref-5)
6. 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-6)
7. 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-7)
8. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [↑](#footnote-ref-8)
9. Приказ Минздрава России от 05.08.2003 N 330 (ред. от 24.11.2016) "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации". [↑](#footnote-ref-9)
10. Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 N 403 (ред. от 05.06.2020) "О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента". [↑](#footnote-ref-10)
11. При наличии в установленных Комиссией плановых объемах позиций соответствующих диагностических услуг, или перечня объемов в рамках ВМУ. [↑](#footnote-ref-11)
12. Под Диагностическими центрами понимаются:

    Государственные консультативно диагностические или клинико-диагностические центры, медицинские организации частной формы собственности, оказывающие диагностические услуги в амбулаторных условиях.

    Диагностические подразделения иных медицинских организаций. [↑](#footnote-ref-12)
13. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». [↑](#footnote-ref-13)
14. Приказ Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» (рег. в Минюсте России 14.04.2016 № 41799) [↑](#footnote-ref-14)