|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Соглашению о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на тер-ритории Хабаровского края на 2015 год |

**ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ**

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

1. Общие положения

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

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

1.3. Оплата медицинских услуг производится на основании представленных медицинской организацией реестров счетов в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, по тарифам на медицинские услуги, утвержденным Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Хабаровского края на 2015 год (далее – Соглашение).

1.4. При невозможности предоставления медицинских услуг определенного вида и объема, медицинская организация обеспечивает бесплатное оказание необходимой медицинской помощи пациенту в другой(их) медицинской(их) организации(ях).

Действие данного пункта не распространяется на медицинские организации, которым установлены объемы медицинской помощи на самостоятельные диагностические исследования.

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

Плановая госпитализация лиц, застрахованных за пределами Хабаровского края, в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на территории Хабаровского края осуществляется при наличии у пациента паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, полиса ОМС, направления из медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, результатов диагностических исследований, которые могут быть проведены в амбулаторных условиях.

1.6. Медицинская помощь военнослужащим Министерства обороны РФ, Федеральной службы безопасности РФ, Федерального агентства правительственной связи и информации при Президенте РФ, Федеральной службы охраны РФ, Службы внешней разведки РФ, Федеральной пограничной службы РФ и других федеральных органов исполнительной власти, в составе которых проходят службу военнослужащие, Министерства юстиции РФ и иных федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, оказывается в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 31.12.2004 № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей, а также отдельным категориям граждан, уволенных с военной службы».

Медицинская помощь сотрудникам органов внутренних дел оказывается в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.12.2011 № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения».

1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной иностранным гражданам и лицам без гражданства в медицинских организациях на территории Хабаровского края, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Способы и порядок оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

2.1. На территории Хабаровского края применяются следующие способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи:

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

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

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

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

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

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

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

- в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями, в том числе:

- разовые посещения по поводу заболевания, динамического наблюдения в период беременности;

- связанные с назначением диагностического обследования, направлением на консультацию, госпитализацию;

- в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов, решение вопроса о проведении профилактических прививок);

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

в) обращения по поводу заболевания, представляющие собой законченный случай лечения заболевания.

г) посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи;

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

е) комплексные медицинские услуги;

ж) условные единицы труда (УЕТ) – при оказании амбулаторной стоматологической помощи.

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

Данный пункт не применяется в отношении клинико-диагностических центров, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинских услуг в которых осуществляется по утвержденным тарифам и в соответствии с установленными плановыми заданиями (п. 2.6. настоящего Порядка).

К обращениям по поводу заболевания относятся также посещения (с кратностью не менее двух) в связи: с обследованием и оформлением документов на МСЭ и санаторно-курортной карты; открытием и закрытием листка временной нетрудоспособности; направлением на аборт по медицинским показаниям. Признаком завершения обращения по заболеванию в перечисленных случаях является оформление соответствующего документа (направление на МСЭ, санаторно-курортная карта, листок временной нетрудоспособности, направление на аборт).

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

2.2. Не подлежат учету и оплате, как посещения:

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

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

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

- медицинские услуги, предоставленные пациентам на платной основе;

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

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

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

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

2.3. В медицинских организациях, указанных в пунктах 2.1.2., 2.1.5. настоящего Порядка, медицинская помощь в плановом порядке осуществляется при наличии направления (ф. № 028/у) медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь по территориально-участковому принципу, если иное не предусмотрено действующими порядками оказания медицинской помощи и нормативными актами министерства здравоохранения края.

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

2.4. По законченному случаю осуществляется оплата:

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

- диспансеризации определенных групп взрослого населения, в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 1006н[[2]](#footnote-2), в том числе:

а) за первый этап диспансеризации при условии выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований);

б) за второй этап диспансеризации при условии выполнения осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, указанных в п. 12.2. порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Минздрава России № 1006н.

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

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

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

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

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

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

- стимулирующей части финансового обеспечения в размере до 5% от ежемесячного финансирования с учетом выполнения медицинской организацией качественных критериев оценки эффективности деятельности амбулаторно-поликлинической помощи.

2.6. Оплата медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения (пункты 2.1.2., 2.1.5. настоящего Порядка), осуществляется за фактически выполненные объемы в пределах установленного планового задания по утвержденным тарифам на отдельные виды услуг.

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

3.1. При реализации Территориальной программой обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

3.1.1. Оказанной в условиях круглосуточного стационара:

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

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

- за законченный случай медицинской реабилитации по тарифам, установленным Соглашением о тарифах.

3.1.2. Оказанной в условиях дневных стационаров всех типов - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу.

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

Расшифровка КСГ осуществляется в соответствии с классификацией заболеваний МКБ-10, Номенклатурой услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н. Использование дополнительных критериев производится в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №11.9/10/2-9454.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ 10, оплата может осуществляться по группе с наибольшим коэффициентом.

Данный подход не применяется для следующих комбинаций КСГ:

| **№** | **Название КСГ по диагнозу** | **КЗ** | **№** | **Название КСГ по услуге, которую нельзя заменять КСГ по диагнозу, приведенную слева** | **КЗ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,96 | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,48 |
| 7 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,96 | 14 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 0,65 |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,52 | 13 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,48 |
| 22 | Неинфекционный энтерит и колит | 1,01 | 64 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,91 |
| 81 | Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника | 0,96 | 195 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) | 0,79 |
| 81 | Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника | 0,96 | 196 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) | 0,93 |
| 143 | Болезни глаза | 0,59 | 138 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,53 |
| 166 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,99 | 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 |
| 244 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 | 245 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 |
| 200 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 1,04 | 37 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) | 1,01 |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 0,68 | 211 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 0,55 |

Если в рамках одного случая лечения пациенту было оказано несколько хирургических вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент затратоемкости.

В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

3.3. Оплате подлежит законченный случай лечения в стационаре, где единицей финансирования является утвержденная стоимость законченного случая лечения нозологической формы в соответствии с классификацией по КСГ. Оплата лечения в полном объеме производится при условии выполнения объема обследования и лечения.

3.4. Для прерванных (сверхкоротких) случаев лечения: преждевременная выписка пациента, летальный исход (длительность госпитализации 3 и менее дней) без оперативных вмешательств оплата производится в размере 50% от стоимости, определенной Соглашением о тарифах для КСГ (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

Данный подход не применяется для следующих КСГ:

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| 4 | Родоразрешение |
| 8 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов |
| 9 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 20 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 159 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| 177 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 226 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани |

Для прерванных (сверхкоротких) случаев лечения с проведением оперативного вмешательства оплата производится в размере, определенном тарифным соглашением для данной КСГ.

3.5. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением коэффициента сложности курации пациента (далее – КСКП). При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме нижеперечисленных КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| 32 | Детская хирургия в период новорожденности |
| 91 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| 92 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |
| 112 | Лучевая терапия, уровень затрат 2 |
| 113 | Лучевая терапия, уровень затрат 3 |
| 192 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма) |

3.6. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), обусловленном возникновением у него 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ. При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

4. Порядок оплаты случаев, отнесенных к профилю

«Патологии беременных»

Случаи лечения, отнесенные к профилю «Патологии беременных» продолжительностью 6 и более дней с последующим родоразрешением предъявляются к оплате, как два случая и оплачиваются по КСГ, одной из которых является «Родоразрешение».

Все случаи, оплаченные по двум КСГ, подвергаются медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

Случаи лечения в отделении «Патологии беременных» продолжительностью менее 6 дней с последующим родоразрешением учитываются, как один случай по профилю «Для беременных и рожениц» и оплачиваются по соответствующей КСГ.

5. Порядок оплаты медицинских услуг при заместительной почечной терапии

Случаи комплексного лечения пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении диализа в условиях круглосуточного или дневного стационаров, оплачиваются по КСГ 98 «Почечная недостаточность, диализ». При этом, кроме процедур диализа осуществляется комплексное лечение, направленное на профилактику осложнений диализа у данных пациентов.

При необходимости проведения экспертизы качества медицинской помощи в обязательном порядке оценивается наличие проведенного лечения, направленного на профилактику осложнений, помимо процедур диализа.

В случаях лечения пациентов с применением диализа, не сопровождающихся проведением профилактики его осложнений, за единицу медицинской помощи принимается одна процедура гемодиализа или один день (сеанс) перитонеального диализа. Один сеанс перитонеального диализа включает четыре заливки. Оплата случаев с использованием одной процедуры гемодиализа или одного дня перитонеального диализа осуществляется по КСГ «Гемодиализ» (КСГ 99) либо «Перитонеальный диализ» (КСГ 100).

***Примечание:***

*1. В целях предотвращения ошибки кодирования (диагнозы, используемые для классификации случаев в КСГ, могут повторяться), при группировке необходимо пользоваться следующими правилами:*

*- при общей длительности лечения менее 14 дней (не процедур) оплата осуществляется по КСГ 99 и КСГ 100 - за каждую процедуру;*

*- в остальных случаях оплата осуществляется по КСГ 98.*

*2. К законченному случаю лечения пациентов терминальной стадии хронической почечной недостаточности относится лечение в течение одного календарного месяца.*

6. Порядок применения коэффициента сложности курации пациентов

В отдельных случаях медицинской помощи, сопровождающихся более высоким уровнем затрат, при расчетах может использоваться коэффициент сложности курации пациентов (далее – КСКП). Решение о применении КСКП принимается медицинской организацией. Размер КСКП утвержден настоящим Соглашением (Приложение № 14) с учетом нижеперечисленных критериев:

- сложность лечения пациента, связанная с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет);

- наличие осложнений заболевания/сопутствующих заболеваний (в том числе органной/полиорганной недостаточности) (таблица №1 к настоящему порядку);

- предоставление спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;

- проведение сочетанных хирургических вмешательств в рамках отдельных КСГ (таблица №2 к настоящему порядку), а также однотипных операций на парных органах;

- сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (п. 3.5. настоящего Порядка).

Если к законченному случаю лечения возможно применить несколько КСКП, применяется КСПК, имеющий большее значение.

7. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза»

Случаи госпитализации пациента в ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» с целью комплексного обследования и/или предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющимся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

8. Порядок оплаты обследования беременных женщин

на маркеры вирусных гепатитов

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

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)» по каждому обследованию.

9. Порядок оплаты скорой медицинской помощи

Оплата скорой медицинской помощи (далее-СМП), оказанной вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу финансирования путем перечисления страховыми медицинскими организациями в медицинскую организацию ежемесячно:

- базовой части в размере 90% от 1/12 части суммы финансового обеспечения скорой медицинской помощи по подушевому нормативу на 2015 год (далее – плановая стоимость СМП);

- стимулирующей части финансового обеспечения СМП в размере до 10% от 1/12 части плановой стоимости СМП, с учетом выполнения медицинской организацией качественных критериев оценки эффективности деятельности СМП.

Тариф за выполненный вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяется для осуществления межтерриториальных расчетов.

10. Порядок оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой выездными реанимационными бригадами КГБУЗ «Перинатальный центр»

министерства здравоохранения Хабаровского края

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

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

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

11. Порядок оплаты пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в первом триместре беременности

За счет средств обязательного медицинского страхования оплачиваются следующие услуги пренатальной (дородовой) диагностики в первом триместре беременности:

- экспертное ультразвуковое исследование (УЗИ), проводимое по единому протоколу в 11 - 13,6 недели беременности;

- биохимический скрининг, определение в крови беременной концентрации биохимических маркеров хромосомной патологии плода (протеина, ассоциированного с беременностью, и свободной бета-единицы хорионического гонадотропина человека) в 11 - 13,6 недели беременности, за исключением расходов на реактивы, приобретаемые за счет средств краевого бюджета;

- консультирование врачами-специалистами.

Таблица № 1

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

Перечень осложнений заболеваний/сопутствующих заболеваний,

для которых возможно применение КСКП

|  |  |
| --- | --- |
| **Код по МКБ-10** | **Наименование заболевания** |
| Е 10.0 – Е 10.8 | Инсулинзависимый сахарный диабет |
| Е 85.0 - Е 85.9 | Амилоидоз |
| N 17.0 – N 17.9 | Острая почечная недостаточность |
| N 18.0 –N 18.9 | Хроническая почечная недостаточность |
| I 50.0 – I 50.9 | Сердечная недостаточность |
| I 61.0 – I 61.9 | Внутримозговое кровоизлияние |
| I 62.0 – I 62.9 | Другие нетравматическое внутричерепное кровоизлияние |
| I 63.0 – I 63.9 | Инфаркт мозга |
| I 64 | Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт |
| О 36.0 – О 36.8 | Медицинская помощь матери при других установленных или предполагаемых патологических состояниях плода. |
| О 41.0 – О 41.9 | Другие нарушения со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек. |
| О 43.0 – О 43.9 | Плацентарные нарушения |
| О 75.0 – О 75.9 | Другие осложнения родов и родоразрешения, не классифицированные в других рубриках |
| Р 07.0 – Р 07.3 | Расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, не классифицированные в других рубриках |
| Р 22.0 – 22.9 | Дыхательное расстройство у новорожденного (дистресс) |
| Р 28.0 – Р 28.1 | Первичный ателектаз у новорожденного |
| J 96.0 – J 96.9 | Дыхательная недостаточность |
| Е 11.0 – Е 11.8 | Инсулиннезависимый сахарный диабет |
| Е 66.2 | Крайняя степень ожирения, сопровождающаяся альвеолярной гиповентиляцией |
| I 48 | Фибрилляция и трепетание предсердий |
| I 49.0 | Фибрилляция и трепетание желудочков |
| О 99.0 – О 99.9 | Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовый период |
| Р 28.0 – Р 28.1 | Ателектаз у новорожденного |
| Р 39.2, Р 39.8 | Другие инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода |
| Р 59.2 | Неонатальная желтуха вследствие других и неуточненных повреждений клеток печени |
| Р 59.8 | Неонатальная желтуха, обусловленная другими уточненными причинами |
| Р 90 | Судороги новорожденного |
| Р 91.4 | Церебральная депрессия новорожденного |
| Р 91.5 | Неонатальная кома |
| Q 86.8 | Другие синдромы врожденных аномалий, обусловленные воздействием неизвестных экзогенных факторов |

Таблица № 2

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

Парные и сочетанные хирургические вмешательства, при выполнении которых возможно применение КСКП

| **Код услуги** | **Наименование услуги** |
| --- | --- |
| A16.03.022.002 | Соединение кости титановой пластиной |
| A16.03.022.004 | Интрамедуллярный стержневой остеосинтез |
| A16.03.022.006 | Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез |
| A16.26.094 | Имплантация интраокулярной линзы |

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664 «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [↑](#footnote-ref-1)
2. Приказ Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [↑](#footnote-ref-2)
3. Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» [↑](#footnote-ref-3)
4. Приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» [↑](#footnote-ref-4)
5. Приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т.ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» [↑](#footnote-ref-5)
6. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» [↑](#footnote-ref-6)