|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  к Соглашению о тарифах  на оплату медицинской помощи  по обязательному медицинскому  страхованию на территории  Хабаровского края на 2018 год |

**ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ**

**способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой**

**в рамках территориальной программы обязательного**

**медицинского страхования**

**1. Общие положения**

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

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

1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров 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 2018 год (далее – Соглашение).

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

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются:

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

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

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

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

**2. Способы и порядок оплаты амбулаторно-поликлинической помощи**

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

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

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

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

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

2.2.1. Посещения с профилактической целью, в том числе:

а) центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

б) в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

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

г) в связи с патронажем;

д) посещения с иными целями, в том числе:

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

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

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

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

2.2.3. Посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

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

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

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

2.3. В состав посещения с профилактической целью, обращения по поводу заболевания, посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, медицинской реабилитации (амбулаторно), включаются услуги врачебных осмотров (в отдельных случаях осмотров среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации), назначенные по их результатам и зафиксированные в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (методы исследования: лабораторные, функциональные, инструментальные, рентгенорадиологические и др.), услуги физиотерапии, массажа медицинского, лечебной физкультуры и иные медицинские услуги, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н[[1]](#footnote-1), предусмотренные стандартами медицинской помощи.

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

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

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

2.5. Не подлежат учету и оплате как посещения:

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

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

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

- медицинские услуги, предоставленные пациентам на платной основе;

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

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

Медицинские услуги, оказанные врачом или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, независимо от вида/повода обращения пациента, должны быть зафиксированы в медицинской документации, утвержденной приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н[[2]](#footnote-2): медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/у), медицинской карте стоматологического больного (ф. № 043/у).

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

2.6. По законченному случаю осуществляется оплата:

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

- диспансеризации определенных групп взрослого населения в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 26.10.2017 № 869н [[3]](#footnote-3), в том числе:

а) за первый этап диспансеризации в случае выполнения не менее 85% от объема исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации (п.15 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения), превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными настоящим Порядком.

Исследования первого этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, оплачиваются в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными настоящим Порядком.

б) за второй этап диспансеризации при условии выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий (п.14 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения), необходимость проведения которых определена по результатам первого и второго этапов диспансеризации. При определении по результатам первого этапа диспансеризации показаний к проведению на втором этапе только углубленного профилактического консультирования второй этап диспансеризации считается завершенным при его выполнении, при этом осмотр врачом-терапевтом на втором этапе диспансеризации не проводится.

- профилактических осмотров в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 1011н4, при условии выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований);

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра[[4]](#footnote-4), такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и соответственно оплата осуществляется по тарифу – «Законченный случай профилактических медицинских осмотров лиц старше 18 лет».

- диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России № 72н[[5]](#footnote-5);

- 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[[6]](#footnote-6);

- медицинских осмотров несовершеннолетних в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н[[7]](#footnote-7)..

Случай диспансеризации и медицинского осмотра несовершеннолетних считается законченным (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 законченных случаев диспансеризации и медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется в программном комплексе «БАРС- Здравоохранение – ТФОМС» по нозологическим формам, включенным в МКБ-10. При этом оплата законченных случаев диспансеризации и медицинского осмотра несовершеннолетних осуществляется по тарифам, исключающим расходы на проведение осмотра врачом-психиатром.

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

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

- 97,0 % от размера финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу в расчете на месяц;

- стимулирующей части в размере не более 3,0 % от ежемесячного финансирования по подушевому нормативу с учетом выполнения медицинской организацией качественных критериев оценки эффективности деятельности амбулаторно-поликлинической помощи.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу за январь 2018 года осуществляется без учета оценки выполнения целевых показателей результативности деятельности медицинских организаций в объеме 100% от размера финансового обеспечения по подушевому нормативу в расчете на месяц.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- за прерванный случай лечения: при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

3.2. Финансовое обеспечение медицинской помощи в круглосуточных условиях и в условиях дневных стационаров всех типов, основано на формировании клинико-статистических групп (КСГ) или клинико-профильных групп (КПГ).

Расшифровка КСГ осуществляется в соответствии с классификацией заболеваний МКБ 10, Номенклатурой услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н. 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.

С учетом правил кодирования возможна ситуация, когда поводом для госпитализации служит не основной диагноз пациента. В таком случае для отнесения случая лечения к КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. При этом в статистических документах в целях предоставления корректных данных о вкладе заболевания в структуру заболеваемости и смертности основной диагноз пациента отражается в соответствии с правилами статистического учета. 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 «Сопутствующий диагноз» указывается сахарный диабет. Однако при заполнении учетных статистических форм в качестве основного диагноза указывается сахарный диабет, за исключением случаев, когда есть возможность достоверно доказать, что легочная эмболия не связана с наличием у пациента сахарного диабета.

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

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

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

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

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

**Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора**

**между критерием диагноза и услуги**

| **Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ** | | | **Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование КСГ, сформированной по услуге | КЗ | № | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу | КЗ |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 0,58 | 9 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | 10 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,46 |
| 76 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 77 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | 18 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| 173 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | 179 | Болезни глаза | 0,51 |
| 301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 300 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| 301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | 207 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |
| 245 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 1,2 | 242 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 0,64 |
| 35 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) | 0,97 | 244 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов | 0,67 |
| 256 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 0,55 | 271 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи | 0,5 |

3.3. Для прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее:

- без оперативного вмешательства (за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения), оплата производится в размере не более 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10);

- с проведением оперативного вмешательства, оплата производится в размере 85%от стоимости, определенной настоящим Соглашением для соответствующей КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ является выполненная хирургическая операция).

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

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

**осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения**

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| 2 | Осложнения, связанные с беременностью |
| 3 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| 4 | Родоразрешение |
| 5 | Кесарево сечение |
| 11 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 1) |
| 12 | Операции на женских половых органах (уровень затрат 2) |
| 16 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| 32 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети |
| 33 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети |
| 34 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети |
| 86 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 99 | Сотрясение головного мозга |
| 144 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые |
| 145 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые |
| 146 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) |
| 147 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) |
| 148 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) |
| 149 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) |
| 150 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) |
| 151 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) |
| 152 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) |
| 153 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) |
| 154 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9) |
| 155 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10) |
| 159 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| 157 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 167 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 168 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 172 | Замена речевого процессора |
| 173 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 174 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 198 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 219 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| 271 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| 301 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 314 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| 316 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |
| 320 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

**Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата**

**осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения**

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| 1 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| 3 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 4 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| 5\* | Экстракорпоральное оплодотворение |
| 6 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| 7 | Аборт медикаментозный |
| 14 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети |
| 15 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети |
| 16 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети |
| 38 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина |
| 39 | Болезни и травмы позвоночника, спинного мозга, последствия внутричерепной травмы, сотрясение головного мозга |
| 52 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые |
| 53 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые |
| 54 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) |
| 55 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2) |
| 56 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3) |
| 57 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4) |
| 58 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5) |
| 59 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6) |
| 60 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7) |
| 61 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) |
| 63 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы |
| 65 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 66 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 69 | Замена речевого процессора |
| 71 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 72 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 80 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 84 | Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1) |
| 112 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 118 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| 121 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии |

5\* только для лечебного процесса - «Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)».

Для прерванных случаев лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов, при которых длительность госпитализации составляет более 3 дней:

- без оперативного вмешательства, оплата производится в размере 75% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10);

- с проведением оперативного вмешательства, оплата производится в размере 90% от стоимости, определенной настоящим Соглашением для соответствующей КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ является выполненная хирургическая операция);

3.4. Оплата больных, переведенных в пределах одной медицинской организации в рамках круглосуточного стационара из одного отделения в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной), производится в рамках одного случая лечения по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

Исключением являются:

- случаи перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую;

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

В подобных случаях 100% оплате подлежат оба случая лечения в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев лечения.

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

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

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

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не должен превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему методу.

3.6. Оплата диагностических мероприятий, связанных с социально-значимыми заболеваниями, не подлежащими оплате из средств ОМС (психические заболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез), осуществляется по КСГ № 318 (круглосуточный стационар) и № 120 (дневной стационар).

При экстренной госпитализации пациентов с осложнениями, вызванными социально-значимыми заболеваниями (психические заболевания, ВИЧ-инфекция, туберкулез), из средств ОМС осуществляется оплата основного повода госпитализации (код МКБ), входящего в соответствующую группу заболеваний (КСГ).

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

**4. Порядок оплаты**

**случаев лечения при оказании услуг диализа**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

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

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

**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», за исключением ВМП, с последующим родоразрешением учитываются как один случай по профилю «Для беременных и рожениц» и оплачиваются по соответствующей КСГ.

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

Таблица № 1

| **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. |

Оплата по двум КСГ осуществляется в случае пребывания пациентки в отделении «Патологии беременности» с последующим родоразрешением в течение 6 дней и более по следующим кодам МКБ 10.

Таблица № 2

| **Код МКБ 10** | **Диагноз** |
| --- | --- |
| О13 | Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии |
| О14.0 | Преэклампсия (нефропатия) средней тяжести |
| О36.0 | Резус-иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи матери |
| О44.1 | Предлежание плаценты с кровотечением |

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

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

**«Акушерство-Гинекология» в (стационарных условиях)**

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

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

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

При выполнении операции «Кесарево сечение» (А16.20.005) случай относится к КСГ 5 вне зависимости от диагноза.

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

Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

**7. Особенности оплаты экстракорпорального оплодотворения**

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ  5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа в следующем размере:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№п/п** | **Наименование этапов проведения ЭКО** | **Значение коэффициента** |
| 21 | Проведение I этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции) | 0,6 |
| 22 | Проведение I-II этапов экстракорпорального оплодотворения (без криоконсервации эмбрионов) | 0,6 |
| 3 | Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (без криоконсервации эмбрионов) | 0,6 |
| 24 | Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов | 1,0 |
| 35 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов | 1,0 |
| 46 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов | 1,1 |
| 57 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл) | 0,19 |

Примечание: хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

**8. Порядок оплаты скорой медицинской помощи**

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

-  лицам, застрахованным за пределами Хабаровского края;

- с проведением тромболитической терапии;

- в отдельных медицинских организациях (без закрепления зон обслуживания).

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

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

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

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 случаев лечения по профилю**

**«Медицинская реабилитация»**

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

Для КСГ №№ 325-333 в круглосуточном стационаре и для КСГ №№ 123-128 в дневном стационаре дополнительным классификационным критерием является оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ)[[8]](#footnote-8). При оценке по ШРМ 4-5-6 пациенту может быть оказана медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке по ШРМ 2-3 пациент может получить медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

**12. Оплата эксимерлазерной кератэктомии**

Учитывая, что выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется, 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».

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

**13.** **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.

**14. Порядок проведения взаиморасчетов при предоставлении**

**внешних медицинских услуг**

14.1. Понятийный аппарат:

*Медицинская организация-исполнитель* (далее – МО-исполнитель) – медицинская организация, предоставляющая внешние медицинские услуги застрахованным по ОМС, в том числе прикрепившимся к данной медицинской организации, в период получения ими медицинской помощи в условиях круглосуточного (дневного) стационара МО-заказчика.

*Медицинская организация-заказчик* (далее – МО-заказчик) – медицинская организация, направившая застрахованного по ОМС гражданина (биологический материал застрахованного гражданина) для получения внешних медицинских услуг, необходимых пациенту в рамках конкретного случая лечения, исходя из:

-[стандартов](consultantplus://offline/ref=485E63A1241B348B4913B1AF325CB3A4CDE0AA024D7D81F14D29A1A3j9O0E) медицинской помощи,

-клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного (дневного) стационара, в медицинскую организацию-исполнитель.

*Внешние медицинские услуги* – лабораторные исследования, прижизненные гистологические исследования (далее – Исследования), выполненные МО-исполнителем по направлению МО-заказчика для застрахованных в период получения ими медицинской помощи в условиях круглосуточного (дневного) стационара МО-заказчика, в связи с отсутствием возможности предоставления МО-заказчиком указанных медицинских услуг.

*Направление на получение внешних медицинских услуг* – документ, оформленный МО-заказчиком, в котором указываются необходимые застрахованному медицинские услуги, дата поступления пациента в стационар (дневной стационар), наименование МО-исполнителя (далее – Направление).

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

14.2. *Порядок взаимодействия участников системы ОМС при проведении взаиморасчетов.*

МО-исполнитель:

14.2.1. формирует счета на оплату Исследований с указанием кода соответствующей услуги и кода МО-заказчика, направившего пациента и (или) биоматериал, с обязательной отметкой «*Внешние медицинские услуги для стационара»* и предъявляет их в СМО (ХКФОМС) в порядке и сроки, установленные Договором [[9]](#footnote-9);

14.2.2. представляет одновременно со счетами на внешние медицинские слуги, указанными в п.13.2.1.:

- в СМО оригиналы Протоколов согласования выполненных медицинских услуг (далее – Протокол)[[10]](#footnote-10);

- в ХКФОМС копии Протоколов на электронных носителях в разрезе СМО.

14.3. 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.

14.4. *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 №5 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.

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

Приложение 1

к Порядку проведения взаиморасчетов при

предоставлении внешних медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Протокол согласования выполненных медицинских услуг по** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(внешняя медицинская услуга для стационара),**  (наименование услуги)  **оказанных** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование МО-исполнителя)  **для** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (наименование МО-заказчика) | | | | | | | | |
| **застрахованным в** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_, к счетам за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_**\_\_**  (наименование СМО) (период) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ФИО | ДР | Пол | № полиса ОМС | Дата оказания услуги | Услуга | Количество | Сумма\* | Дата направления МО-заказчика |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: | | | | | |  |  | Х |

\*Указывается сумма, предъявленная на оплату внешних услуг МО-исполнителем.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель МО-заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.) | Руководитель МО-исполнителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.) |

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

Главному врачу МО-исполнителя

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

Директору СМО (после согласования)

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

**Письмо-отказ в оплате реестра счетов за оказанные внешние медицинские услуги (лабораторные диагностические исследования)**

**медицинской организацией – исполнителем**

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

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

не подтверждает оплату внешних медицинских услуг:

Гистологические исследования (указать причину отказа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

(подпись) (Ф.И.О.)

Согласовано:

Главный врач МО-исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

1. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [↑](#footnote-ref-1)
2. # 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-2)
3. Приказ Минздрава России от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [↑](#footnote-ref-3)
4. Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» [↑](#footnote-ref-4)
5. 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-5)
6. 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-6)
7. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [↑](#footnote-ref-7)
8. письмо ФФОМС от 12.12.2017 № 14531/26-2/и «В дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (совместное письмо Минздрава России и Федерального фонда от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080/13572/26-2/и) вместе с (Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования) [↑](#footnote-ref-8)
9. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1355н (ред. от 16.11.2015) «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». [↑](#footnote-ref-9)
10. Приложение 1 к настоящему Порядку проведения взаиморасчетов при предоставлении внешних медицинских услуг. [↑](#footnote-ref-10)