|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Дополнительному Соглашению  от 05.02.2019 № 1  Приложение № 2  к Соглашению о тарифах  на оплату медицинской помощи  по обязательному медицинскому  страхованию на территории  Хабаровского края на **2019** 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 2019 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 (см. раздел 1 Приложения №3 «Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС»).

Оплата одного 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[[1]](#footnote-1), (далее-Номенклатура).

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

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 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, предусмотренные стандартами медицинской помощи.

Данный пункт не применяется в отношении консультативно-диагностических центров, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата диагностических 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 в Центрах здоровья;

- диспансеризации определенных групп взрослого населения, в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 26.10.2017 № 869н [[3]](#footnote-3), (включая диспансеризацию, выполняемую мобильными медицинскими бригадами[[4]](#footnote-4)), 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 медицинских 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[[5]](#footnote-5), 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[[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)..

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. По тарифам, установленным настоящим Соглашением, в соответствии с установленными Комиссией плановыми заданиями, с частотой предоставления не чаще 1 раза в полугодие и не более 2 раз в год осуществляется оплата:

2.7.1. Неполной комплексной медицинской услуги для определения в спе-циализированном кабинете по бесплодному браку (далее – КББ) показаний к применению ЭКО:

- у женщин (Антимюллеровый гормон крови);

- у мужчин (Спермограмма).

2.7.2. Комплексной медицинской услуги для определения в специализиро-ванном КББ показаний к применению ЭКО:

- у женщин, включающей перечень исследований с кратностью согласно Таблице №1;

- у мужчин, 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) | 0,6 |
| 3 | Микроскопия отделяемого материала из уретры | 0,5 |
| 4 | Посев отделяемого из уретры на флору и чувствительность к антибиотикам | 0,5 |
| 5 | ПЦР из уретры на хламидии | 0,8 |
| 6 | ПЦР из уретры на уреаплазму | 0,8 |
| 7 | ПЦР из уретры на микоплазму | 0,8 |
| 8 | ПЦР из уретры на ЦМВ | 0,8 |
| 9 | ПЦР из уретры на ВПГ | 0,8 |
| 10 | Гормон крови ФСГ | 0,8 |
| 11 | Гормон крови свободный тестостерон | 0,5 |
| 12 | Гормон крови пролактин | 0,5 |
| 13 | Гормон крови ЛГ | 0,8 |
| 14 | Гормон крови общий эстрадиол | 0,8 |
| 15 | Гормон крови ТТГ | 0,5 |

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 из цервикального канала на хламидии | 1,0 |
| 2 | ПЦР из цервикального канала на микоплазму | 1,0 |
| 3 | ПЦР из цервикального канала на уреаплазму | 1,0 |
| 4 | ПЦР из цервикального канала на ВПГ | 1,0 |
| 5 | ПЦР из цервикального канала на ЦМВ | 1,0 |
| 6 | Определение Ig G и М методом ИФА на ВПГ, ЦМВ, токсоплазмоз, краснуху | 1,0 |
| 7 | Гормон крови ТТГ | 1,0 |
| 8 | Гормон крови Т 4 свободный | 1,0 |
| 9 | Гормон крови ФСГ | 1,0 |
| 10 | Гормон крови ЛГ | 1,0 |
| 11 | Гормон крови пролактин | 1,0 |
| 12 | Гормон крови общий тестостерон | 1,0 |
| 13 | Гормон крови общий эстрадиол | 0,8 |
| 14 | Гормон крови прогестерон | 0,8 |
| 15 | Гормон крови ДГА-S | 0,8 |
| 16 | Гормон крови 17-ОП | 0,4 |
| 17 | Гормон крови кортизол | 0,4 |
| 18 | Гормон крови андростендион | 0,4 |
| 19 | Ориентировочное исследование системы гемостаза АЧТВ | 1,0 |
| 20 | Ориентировочное исследование системы гемостаза МНО | 1,0 |
| 21 | Антимюллеровый гормон крови | 1,0 |
| 22 | Исследования тромбоцитарнососудистого гемостаза | 1,0 |

Оплата комплексной услуги осуществляется при условии обязательного выполнения исследований, имеющих частоту предоставления равную 1 и более.

Исследования, предусмотренные в объеме комплексной услуги, должны быть выполнены не ранее 6 месяцев, предшествующих дате оказания услуги, указанной в счете на ее оплату.

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.

2.8. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, предоставляемой медицинскими организациями, имеющими прикрепившееся население, за исключением профилактических мероприятий и неотложной медицинской помощи, 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 2019 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, видеоколоноскопии, 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 помощи 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 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, оказании услуг диализа.

К прерванным также относятся 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. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи (далее-ВМП), включенной в раздел I Перечня видов ВМП[[9]](#footnote-9), осуществляется  за законченный случай лечения заболевания в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема.

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 КПГ 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. Номер КСГ формируются из номера КПГ, в которую включена соответствующая КСГ, и трехзначного номера КСГ внутри КПГ с разделением через точку. 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 КПГ "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 «Сопутствующий 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. 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** |
| 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 |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) | 1,2 | st30.003 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 0,64 |
| st09.001 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) | 0,97 | st30.005 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов | 0,67 |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) | 0,55 | st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи | 0,5 |

3.4. Для прерванных случаев лечения в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов:

3.4.1. В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция 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.

Перечень КСГ в круглосуточном стационаре и дневном стационаре, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, установлен Инструкцией по группировке[[10]](#footnote-10).

3.4.2. В случае, если хирургическое лечение 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..

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

**Перечень КСГ, по которым оплата**

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

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ** |
| --- | --- |
| **Круглосуточный стационар** | |
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st05.006 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые\* |
| st05.007 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые\* |
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| st05.009 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы\* |
| st05.010 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| st05.011 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети\* |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)\* |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина  (уровень 2)\* |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| st19.028 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| st19.029 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| st19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| st19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| st19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| st19.033 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| st19.034 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| st19.035 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| st19.036 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях  (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов\* |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| **Дневной стационар** | |
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный |
| ds05.003 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые\* |
| ds05.004 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые\* |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе\* |
| ds05.006 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы\* |
| ds05.007 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети\* |
| ds15.002 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина  (уровень 1)\* |
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина  (уровень 2)\* |
| ds19.018 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)\* |
| ds19.019 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)\* |
| ds19.020 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)\* |
| ds19.021 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)\* |
| ds19.022 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)\* |
| ds19.023 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)\* |
| ds19.024 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)\* |
| ds19.025 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)\* |
| ds19.026 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)\* |
| ds19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)\* |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина\* |
| ds36.004 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов\* |

<\*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

### 3.4.3. В случаях проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, если:

### - фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

- если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

### 3.4.4. В случаях проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции) оплата лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.5. 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;

- дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением (см. Порядок оплаты случаев, отнесенных к профилю «Патологии беременности»);

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

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

- этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающего выписку пациента из стационара.

В подобных случаях 100% оплате подлежат оба случая лечения в рамках соответствующих КСГ. При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

3.6. 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 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, в том числе федеральной 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 КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии 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 выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

**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.

В соответствии с Инструкцией тарифы на услуги устанавливаются дифференцированно по методам диализа. Настоящим Тарифным соглашением установлены базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги A18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»).

При этом, учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий и уровней его оказания. Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года).

В случае выполнения услуг диализа при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, оплата диализа осуществляется дополнительно к стоимости КСГ в соответствии с установленными Комиссией объемами по методам диализа.

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» 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:

| **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:

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| 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 |
| O60.0 | Преждевременные роды без родоразрешения |
| O34.3 | Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери |
| O24.0 | Существовавший ранее сахарный диабет инсулинозависимый |
| O24.4 | Сахарный диабет, развившийся во время беременности |
| O43.8 | Другие плацентарные нарушения |
| O36.5 | Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери |
| O11 | Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией |

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, отнесенных к профилю**

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

Отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), 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 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 операции 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.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

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 ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, к стоимости случаев проведения экстракорпорального оплодотворения применяются поправочные коэффициенты (КСЛП) в следующем размере:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| п/п | Наименование этапов проведения ЭКО | Значение КСЛП |
| 1 | Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции), I - II (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки), I - III (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов (неполный цикл) | 0,6 |
| 2 | Проведение I - III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов (неполный цикл) | 1 |
| 3 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов | 1 |
| 4 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов | 1,1 |
| 5 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) | 0,19 |

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.**

10.1. За единицу оказания специализированной медицинской помощи выездными реанимационными бригадами принимается выезд реанимационной (акушерской, неонатологической, педиатрической) бригады 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 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 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 №№ st37.001- st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001- ds37.012 в условиях дневного стационара дополнительным классификационным критерием является оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

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.

**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. Особенности оплаты случаев химиотерапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)**

За законченный случай химиотерапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) 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, так как больной может находиться в стационаре, как до введения лекарственных препаратов, так и после него.

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 схем лекарственной терапии 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 состав схем лекарственной терапии могут входить препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. В этих случаях их назначение по жизненным показаниям или в случае индивидуальной непереносимости осуществляется по решению врачебной комиссии.

Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения оплата осуществляется по двум КСГ.

В случае, если диагноз относится к классу «С» и при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции), применяется КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения». Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения. При экспертизе качества медицинской помощи необходимо обращать внимание на обоснованность подобных госпитализаций.

В случае госпитализации пациента в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, используется КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования». Отнесение случая к этой группе осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «B».

**15. Порядок проведения взаиморасчетов при предоставлении**

**внешних медицинских услуг**

15.1. Понятийный аппарат:

*Медицинская организация-исполнитель* (далее – МО-исполнитель) – медицинская организация, предоставляющая внешние медицинские услуги застрахованным по ОМС (Приложение 1 к настоящему Порядку)[[11]](#footnote-11), 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* – диагностические услуги, 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.

15.2. Порядок взаимодействия участников системы ОМС при проведении взаиморасчетов.

МО-исполнитель:

15.2.1. 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 [[12]](#footnote-12);

15.2.2. представляет одновременно со счетами на внешние медицинские слуги, указанными в п.15.2.1.:

- в СМО оригиналы Протоколов согласования выполненных медицинских услуг лицам, застрахованным на территории Хабаровского края (далее – Протокол) согласно Приложению №2 к настоящему Порядку;

- в ХКФОМС копии Протоколов на электронных носителях в разрезе СМО по услугам, оказанным лицам, застрахованным на территории Хабаровского края;

- в ХКФОМС оригиналы Протоколов по услугам, оказанным лицам, застрахованным за пределами Хабаровского края.

15.3. 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.

15.4. 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.

Исключение СМО оплаченных внешних услуг из Протокола производится на основании Письма-отказа, согласованного МО-заказчиком и МО-исполнителем (Приложение №3).

15.5. 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

ПЕРЕЧЕНЬ

видов диагностических услуг, оплачиваемых

путем проведения взаиморасчетов при предоставлении

внешних медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Виды диагностических услуг\* |
| 1 | Лабораторное исследование |
| 2 | Прижизненное патолого-анатомическое исследование |
| 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 |

**\***В соответствии с тарифами, предусмотренными Таблицей №2 Приложения №5 к Соглашению о тарифах.

Приложение 2

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 3  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.)

**16. Порядок оплаты прижизненных патолого-анатомических исследований**

*Прижизненное патолого-анатомическое исследование* **-** исследование биопсийного (операционного) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения (обращения, госпитализации) по поводу одного заболевания, включающее все этапы проведения прижизненного патолого-анатомического исследования и дополнительные методы исследования, (в случае, если данные методы назначены врачом-патологоанатомом).

Оплата прижизненных патолого-анатомических исследований осуществляется по самостоятельному тарифу за объект[[13]](#footnote-13) прижизненного патолого-анатомического исследования,с учетом предельно-допустимого количества объектов, исходя из категории сложности исследований, определяемой в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.03.2016 № 179н[[14]](#footnote-14):

- 1 категория сложности – 1-4 объекта;

- 2 категории сложности – 1-8 объектов;

- 3 категории сложности – 1-10 объектов;

- 4 категории сложности – 1-15 объектов;

- 5 категории сложности – 1-20 объектов.

Дата взятия материала для прижизненного патолого-анатомического исследования не может быть больше даты смерти пациента.

Случаи, в которых дата взятия материала для прижизненного патолого-анатомического исследования совпадает с датой смерти пациента, принимаются к оплате за счет средств обязательного медицинского страхования. По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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. Пункт 2.1 Приложения №6 к Соглашению о тарифах. [↑](#footnote-ref-4)
5. Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» [↑](#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. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 №1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». [↑](#footnote-ref-9)
10. Письмо ФФОМС от 03.12.2018 N 15031/26-1/и «О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования. [↑](#footnote-ref-10)
11. При наличии плановых объемов соответствующих диагностических услуг, установленных Комиссией. [↑](#footnote-ref-11)
12. 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-12)
13. Объект - один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок (в соответствии с клиническими рекомендациями, разработанными Российским обществом патологоанатомов «Стандартные технические процедуры при проведении патолого-анатомических исследований RPS1.1 (2016)). [↑](#footnote-ref-13)
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» (рег. в Минюсте России 14.04.2016 № 41799). [↑](#footnote-ref-14)