|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Соглашению о тарифах  на оплату медицинской помощи  по обязательному медицинскому страхованию на территории  Хабаровского края на 2021 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 2021 год (далее – Соглашение).

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

Расчеты между медицинскими организациями осуществляются:

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

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

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

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

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

2.1. При реализации Территориальной программы ОМС применяются способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, установленные п. 2.2.1 раздела II Соглашения.

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

-для медицинской помощи, оказываемой с профилактической и иными целями:

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

2.2.2. Комплексное посещение для проведения диспансеризации.

2.2.3. Посещения с иными целями, в том числе:

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

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

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

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

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

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

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

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

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

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

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

-для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями:

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

Также поводом обращений являются: обследование и оформление документов на МСЭ и санаторно-курортной карты; открытие и закрытие листка временной нетрудоспособности; направление на аборт по медицинским показаниям и осложнения во время беременности. Признаком завершения обращения по заболеванию в перечисленных случаях является оформление соответствующего документа.

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

*-*для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме:

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

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

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

Оплата диагностического исследования осуществляется:

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

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

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

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

– при оказании амбулаторной стоматологической помощи:

2.2.8. Условные единицы труда (УЕТ).

2.3. В состав посещения с профилактическими и иными целями, обращения по поводу заболевания, посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи включаются услуги врачебных осмотров (в отдельных случаях осмотров среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Минздравом России), назначенные по их результатам и зафиксированные в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (методы исследования: лабораторные, функциональные, инструментальные, рентгенорадиологические и др.), услуги физиотерапии, массажа медицинского, лечебной физкультуры и иные медицинские услуги в соответствии с Номенклатурой, предусмотренные стандартами медицинской помощи.

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

2.4. Не подлежат учету и оплате как посещения:

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

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

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

- медицинские услуги, предоставленные пациентам на платной основе;

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

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

Медицинские услуги, оказанные врачом или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, независимо от вида/повода обращения пациента, должны быть зафиксированы в медицинской документации, утвержденной приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н[[3]](#footnote-3): медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/у), медицинской карте стоматологического больного (ф. № 043/у).

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

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

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

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

2.5.1. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или прием (осмотр) фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с [приложением № 2](consultantplus://offline/ref=A560A96FA77627959E929B5D4074F5BCBCFF2CCA17056816A11DA0854337C83FC588688818EC5753CD4DC67753380FD43C6C61C1D9655455IEuBF) к Приказу № 124н.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя перечень осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, предусмотренный пунктом 18 Приказа № 124н.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

1) в качестве самостоятельного мероприятия;

2) в рамках диспансеризации;

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

2.5.2. 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).

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

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

2.6. Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, устанавливается в размере не более 3,0% от объема финансирования по подушевому нормативу.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, предоставляемой медицинскими организациями, имеющими прикрепившееся население, за исключением медицинской помощи, финансируемой по самостоятельным тарифам, 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.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, для осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежемесячно, начиная с показателей за январь (в феврале).

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

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

- у женщин (Антимюллеровый гормон крови);

- у мужчин (Спермограмма).

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

- у мужчин, включающей перечень исследований с кратностью согласно

Таблице 1;

- у женщин, включающей перечень исследований с кратностью согласно

Таблице 2.

Таблица 1

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

| № п/п | Наименование | Частота предоставления |
| --- | --- | --- |
| 1 | Спермограмма | 1,5 |
| 2 | Прямой Mar - тест (антиспермальные антитела JgА, IgG) | 0,6 |
| 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 |

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 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 оплаты отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, обследований беременных женщин на маркеры вирусных гепатитов, которые оплачиваются по самостоятельным тарифам.

2.9. В медицинских организациях, указанных в пункте 2.8. 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.

2.10. Обследование на COVID-19 контактных лиц с больными COVID-19, не имеющих симптомов инфекционного заболевания, а также лиц, прибывших из субъектов Российской Федерации или стран с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, не имеющих симптомов инфекционного заболевания, не относится к страховому случаю и не может финансироваться за счет средств обязательного медицинского страхования[[8]](#footnote-8).

В случаях наличия подтвержденного диагноза, в реестрах счетов указывается код МКБ-10 соответствующего заболевания.

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

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

- 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 в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, которые являются прерванными (установленным Разделом IV Программы), оказании услуг диализа.

К прерванным также относятся законченные случаи лечения, длительность которых составляет 3 дня и менее, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

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

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

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

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

- услуг диализа, включающих различные методы.

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 формируется 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 «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет.

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

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

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

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

Данный подход не применяется для лечения в условиях дневного стационара и для приведенных ниже комбинаций КСГ (таблица 3). Иными словами, при наличии вмешательств, соответствующей приведенным ниже КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ 10 к терапевтической группе исключается.

Таблица 3

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги

| Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ | | | Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование КСГ, сформированной по услуге | КЗ | № | Наименование КСГ, сформированной по диагнозу | КЗ |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | st02.008 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) | 0,58 | st02.008 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 0,89 |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) | 0,39 | st02.009 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,46 |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) | 0,84 | st04.002 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) | 1,74 | st04.002 | Воспалительные заболевания кишечника | 2,01 |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) | 0,49 | st21.007 | Болезни глаза | 0,51 |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | st34.001 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые | 0,89 |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) | 0,74 | st26.001 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети | 0,79 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

- фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

3.4.4. В случаях проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

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

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.4.5. Для случаев лечения лучевых повреждений выделены КСГ st19.103 и ds19.079 «Лучевые повреждения», а также st19.104 «Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях». При этом эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях относится, в том числе, к хирургической онкологии.

Формирование КСГ «Лучевые повреждения» осуществляется на основании сочетания кода МКБ 10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода C., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

Формирование КСГ ««Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ 10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода C., иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

A16.30.022 Эвисцерация малого таза;

A16.30.022.001 Эвисцерация малого таза с реконструктивно-пластическим компонентом.

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

Дополнительные классификационные критерии отнесения   
случаев лечения к КСГ

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

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

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелому, тяжелому и крайне тяжелому течению заболевания, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода пациента на долечивание:

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

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения   
до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» вне зависимости от длительности лечения (за исключением сверхдлительных случаев госпитализации.

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

Совпадение сроков лечения одного и того же пациента в данном случае не относится к категории «пересечение сроков».

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;

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

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

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

- проведение реинфузии аутокрови или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

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

В подобных случаях оплате подлежат оба случая лечения заболевания 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 с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в рамках оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации ВМП, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов ВМП. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненного хирургического вмешательства и (или) других применяемых медицинских технологий.

**4. Порядок оплаты**

**случаев лечения при оказании услуг диализа**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата 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, или со случаем оказания ВМП, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП.

Учитывая 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 проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. Лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца).

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 кодам МКБ 10, представленным в таблице 4:

Таблица 4

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

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

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

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

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

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

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

Таблица 5

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

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

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

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

**7. Особенности оплаты экстракорпорального оплодотворения**

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

1. Стимуляция суперовуляции.

2. Получение яйцеклетки.

3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов.

4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

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

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

Таблица 6

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

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

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

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

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

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.

**9. Порядок оплаты обследования беременных женщин**

**на маркеры вирусных гепатитов**

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

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

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

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

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

Таблица 7

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

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

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

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

**«Медицинская реабилитация»**

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация». Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 – в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара, критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента 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.

В модели КСГ предусмотрены группы «Медицинская реабилитация после онкоортопедических операций» (st37.019 и ds37.013) и «Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии» (st37.020 и ds37.014), которые формируются по соответствующему коду МКБ 10 в сочетании с медицинской услугой B05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

Кроме того, предусмотрены КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19. Формирование этих групп осуществляется по коду иного классификационного критерия «rb2cov»-«rb5cov», отражающего признак перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШРМ (2-5 баллов соответственно). Перечень кодов «rb2cov»-«rb5cov» с расшифровкой содержится на вкладке «ДКК» файла «Расшифровка групп».

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

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. Порядок оплаты случаев с применением**

**коэффициент сложности лечения пациента**

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается тарифным соглашением к отдельным случаям оказания медицинской помощи (Приложение № 14 к Соглашению о тарифах).

КСЛП применяется в следующих случаях:

- проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде.

КСЛП применяется в случаях, если сроки проведения первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции совпадают по времени с госпитализацией по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

- проведение сочетанных хирургических вмешательств.

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в Приложении № 4 к настоящему Порядку оплаты.

- проведение однотипных операций на парных органах.

К данным операциям целесообразно относить операции на парных органах/частях тела, при выполнении которых необходимы, в том числе дорогостоящие расходные материалы. Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в Приложении № 5 к настоящему Порядку оплаты.

- проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами в случаях лечения пациентов в стационарных условиях при заболеваниях и их осложнениях, вызванных микроорганизмами с антибиотикорезистентностью, а также в случаях лечения по поводу инвазивных микозов применяется КСЛП в соответствии со всеми перечисленными критериями:

1) наличие инфекционного диагноза с кодом МКБ 10, вынесенного в клинический диагноз (столбец Расшифровки групп «Основной диагноз» или «Диагноз осложнения»);

2) наличие результатов микробиологического исследования с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам и/или детекции основных классов карбапенемаз (сериновые, металлобеталактамазы), подтверждающих обоснованность назначения схемы антибактериальной терапии (предполагается наличие результатов на момент завершения случая госпитализации, в том числе прерванного, при этом допускается назначение антимикробной терапии до получения результатов микробиологического исследования);

3) применение как минимум одного лекарственного препарата в парентеральной форме из перечня МНН в составе схем антибактериальной и/или антимикотической терапии в течение не менее чем 5 суток:

Таблица 8

| № п/п | Перечень МНН | МНН в перечне ЖНВЛП |
| --- | --- | --- |
| 1 | Линезолид | Да |
| 2 | Цефтаролина фосамил | Да |
| 3 | Даптомицин | Да |
| 4 | Телаванцин | Да |
| 5 | Тедизолид | Да |
| 6 | Далбаванцин | Нет |
| 7 | Цефтазидим/авибактам | Да |
| 8 | Цефтолозан/тазобактам | Да |
| 9 | Тигециклин | Да |
| 10 | Меропенем | Да |
| 11 | Дорипенем | Нет |
| 12 | Цефепим/ сульбактам | Нет |
| 13 | Фосфомицин (парентеральная форма) | Да |
| 15 | Полимиксин В | Нет |
| 16 | Азтреонам | Нет |
| 17 | Вориконазол | Да |
| 18 | Каспофунгин | Да |
| 19 | Микафунгин | Да |
| 20 | Флуконазол (парентеральная форма) | Да |
| 21 | Липосомальный амфотерицин В | Нет |
| 22 | Липидный комплекс амфотерицина В | Нет |
| 23 | Анидулафунгин | Нет |

При этом в случае необходимости применения лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП, решение об их назначении принимается врачебной комиссией.

- наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента.

К таким сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний целесообразно относить:

1.Сахарный диабет типа 1 и 2;

2.Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Минздрава России[[9]](#footnote-9);

3.Рассеянный склероз (G35);

4.Хронический лимфоцитарный лейкоз (С91.1);

5.Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);

6.Детский церебральный паралич (G80);

7.ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);

8.Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

- оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями. Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089, ds19.050-ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

**13. 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.

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

**в амбулаторных условиях**

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

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

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

Отнесение случаев к группам st19.062-st19.074 и ds19.037-ds19.049, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у взрослых (кроме ЗНО кроветворной и лимфоидной ткани), осуществляется на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С» (С00-С80, С97, D00-D09) и кода схемы лекарственной терапии (sh0001 – sh9002).

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

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

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

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации, 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 расчете стоимости случаев лекарственной терапии с применением схем лекарственной терапии, включающих «трастузумаб» с режимом дозирования «6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день», учтена возможность изменения режима дозирования на «600 мг» в соответствии с клиническими рекомендациями и инструкциями к лекарственным препаратам.

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем,   
не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh9001 или sh9002 по следующему правилу:

|  |  |
| --- | --- |
| sh9001 | Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24.0, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C38.1, C38.2, C38.3, C40, C41, C43, C44, C45, C49, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C68.0, C73, D00-D09 |
| sh9002 | Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C14, C17, C24.1, C24.8, C24.9, C26, C37, C38.0, C38.4, C38.8, C39, C46, C47, C48, C50, C55, C63, C68.1, C68.8, C68.9, C69, C70, C71, C72, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97 |

В случаях применения sh9001 и sh9002 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Также в 2021 году кодируются как sh9001 и sh9002 (в зависимости от диагноза) схемы с лекарственными препаратами, не включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения

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, хирургического вмешательства, 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». Данная группа предназначена в основном как для оплаты случаев госпитализаций в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии.

Отнесение случаев к **КСГ ds19.029** «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ» осуществляется по коду МКБ 10 (С., D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры:

- A07.23.008.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества»;

- A07.30.043 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП»;

- A07.30.043.001 «Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с туморотропными РФП с контрастированием».

В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости КСГ **ds19.033** «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования», оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

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

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

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

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (st19.097-st19.102 и ds19.071-ds19.078), с расшифровкой содержится на вкладке «МНН ЛП» файла «Расшифровка групп» (коды gemop1-gemop14, gemop16-gemop18, gemop20-gemop24). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к ATX группе «L» – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код «gem» (вкладка «ДКК» файла «Расшифровка групп»), использующийся для формирования КСГ st19.094-st19.096 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-3) и ds19.067-ds19.070 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-4).

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

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

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

Таблица 9

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

**17. Порядок проведения взаиморасчетов при предоставлении**

**внешних медицинских услуг**

17.1. Понятийный аппарат:

*Медицинская организация-исполнитель* (далее – МО-исполнитель) – медицинская организация, предоставляющая внешние медицинские услуги застрахованным по ОМС (Приложение 1 к настоящему Порядку)[[10]](#footnote-10), 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.

17.2. Порядок взаимодействия участников системы ОМС при проведении взаиморасчетов.

МО-исполнитель:

17.2.1. 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 установленном порядке;

17.2.2. представляет одновременно со счетами на внешние медицинские услуги, указанными в п.16.2.1.:

- 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.

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

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

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

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

СФз = СПсчз – Рк – Свн, где:

СПсчз – сумма предъявленных МО-заказчиком счетов;

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

Свн – стоимость внешних медицинских услуг, выполненных МО-исполнителями, рассчитанная по тарифам, установленным Приложением № 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).

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

17.6. В рамках взаиморасчетов осуществляется оплата медицинскими организациями, оказывающими стационарную помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID 19, проведения первичной дифференциальной диагностики пневмонии в условиях диагностических центров[[11]](#footnote-11)  на амбулаторном этапе в день госпитализации.

17.7. В рамках межучережденческих взаиморасчетов осуществляется оплата консультаций с применением телемедицинских технологий (далее - ТМК), проводимых в соответствии с Порядком, утвержденным Минздавом России[[12]](#footnote-12), по тарифам, установленным Соглашением, за исключением услуги «Дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) в референс-центре в целях получения повторного экспертного мнения по сложному диагностическому случаю», которая осуществляется по самостоятельному тарифу.

Приложение 1

к Порядку проведения взаиморасчетов при

предоставлении внешних медицинских услуг

ПЕРЕЧЕНЬ

видов диагностических и лабораторных услуг, оплачиваемых

путем проведения взаиморасчетов при предоставлении

внешних медицинских услуг

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

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

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

В соответствии с Приказом Минздрава России от 24.03.2016 № 179н[[13]](#footnote-13) (далее – Приказ МЗ РФ 179н) под случаем понимается исследование биопсийного (операционного) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения (обращения, госпитализации) по поводу одного заболевания, включающее все этапы, указанные в [пунктах 16](consultantplus://offline/ref=6D7183AD479271E932CA432208446272C9EFB41036F91671BFBA2930D7A899D7DEB3E1887CA50076890BDCE8F33B2F2282D3E2EDA3E3B7C2yBr8C) Приказа МЗ РФ 179н и дополнительные методы исследования, указанные в [пункте 17](consultantplus://offline/ref=6D7183AD479271E932CA432208446272C9EFB41036F91671BFBA2930D7A899D7DEB3E1887CA500708E0BDCE8F33B2F2282D3E2EDA3E3B7C2yBr8C) Приказа МЗ РФ 179н Правил (в случае, если данные методы назначены врачом-патологоанатомом).

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

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

   [↑](#footnote-ref-3)
4. Приказ министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия Приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 № 1030» [↑](#footnote-ref-4)
5. Приказ 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 09.07.2020 N 9071/26-1/и «Об оплате лабораторного обследования на выявление новой коронавирусной инфекции» [↑](#footnote-ref-8)
9. https://minzdrav.gov.ru/documents/8048-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy [↑](#footnote-ref-9)
10. При наличии плановых объемов соответствующих диагностических услуг, установленных Комиссией. [↑](#footnote-ref-10)
11. Под Диагностическими центрами понимаются:

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

    Диагностические подразделения иных медицинских организаций. [↑](#footnote-ref-11)
12. Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». [↑](#footnote-ref-12)
13. Приказ Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» (рег. в Минюсте России 14.04.2016 № 41799) [↑](#footnote-ref-13)