

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по реализации Московской областной программы обязательного
медицинского страхования на 2020 год

г. Красногорск

30 декабря 2019

I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год (далее – Тарифное соглашение) разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», постановлением Правительства Московской области «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулируемыми правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО), в лице и.о. министра здравоохранения Московской области Огневой Екатерины Юрьевны;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), в лице директора Мисюкевич Ольги Александровны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Домникова Анатолия Ивановича,

Ассоциацией «Врачебная палата Московской области», в лице председателя Правления Лившица Сергея Анатольевича,

страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – СМО), в лице заместителя Генерального директора ООО ВТБ «Медицинское страхования», официального представителя Межрегионального союза Медицинских страховщиков на территории Московской области Фарбера Михаила Феликсовича,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление способа, порядка оплаты и тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

3. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при реализации Программы ОМС.

4. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и определения.

Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятия «медицинская организация», «застрахованное лицо», «страховой случай» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Понятия «случай госпитализации», «клинико-статистическая группа заболеваний» (далее – КСГ), «оплата медицинской помощи по КСГ», «базовая ставка», «коэффициент относительной затратноности», «управленческий коэффициент», «коэффициент уровня оказания медицинской помощи», «коэффициент подуровня оказания медицинской помощи», «коэффициент сложности лечения пациентов» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 № 11-7/и/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и) (далее – Методические рекомендации).

Посещение с профилактической и иной целью - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала, а также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи).

Посещение с неотложной целью - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

Обращение в связи с заболеванием – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Обращение состоит из первичного посещения и одного или нескольких посещений пациента(ки), в результате которых цель обращения достигнута.

Тарифы на посещения с профилактической и иной целью, обращения по заболеванию, посещения с неотложной целью включают в себя комплекс медицинских мероприятий (инструментальные, диагностические, лабораторные и иные исследования), предусмотренные стандартами медицинской помощи, за исключением тех, на которые настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

Учет посещений и обращений осуществляется по форме №025-1/у «Галон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и отражается в форме №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи.

Прикрепившиеся застрахованные лица – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Московской области, прикрепившиеся в установленном порядке к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (на основании факта места жительства на территории обслуживания медицинской организации или заявления о выборе медицинской организации).

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинской организации зависит от численности прикрепившихся к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных граждан.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации.

Случай госпитализации – случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС.

Законченный случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационара – совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и консультативных медицинских услуг, предоставленных пациенту в медицинской организации по основному заболеванию в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи – от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания) в случае достижения клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата.

Прерванный случай лечения – случай лечения в круглосуточном стационаре и (или) дневном стационаре (длительностью госпитализации 3 дня и менее), перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальный исход, а также проведение диагностических исследований, оказание услуг диализа.

Сверхдлительные сроки госпитализации – обусловленные медицинскими показаниями сроки госпитализации свыше 30 дней (кроме случаев госпитализации по КСГ, установленных Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2019 № 17151/26-1/и) (далее – Инструкция), длительность госпитализации при которых составляет 45 дней).

Коэффициенты уровней и подуровней медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

К первому уровню относятся медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь.

Ко второму уровню относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной)

населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

К третьему уровню оказания медицинской помощи относятся медицинские организации, в том числе федеральные медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отнесение медицинской организации к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

II. Способы оплаты медицинской помощи

1. Применяемые способы оплаты в рамках реализации Московской областной программы ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках годового объема предоставляемой в рамках Программы ОМС конкретной медицинской организации медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного решением Комиссии по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия), с разбивкой по кварталам (далее – плановый объем медицинской помощи).

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

- в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Московской области, – за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

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

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний:

- 1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ;
- 2) за законченный случай лечения заболевания по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара применяются следующие способы оплаты:

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ);

– за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) применяются следующие способы оплаты:

– по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

Оплата за вызов скорой медицинской помощи осуществляется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, полис ОМС которым выдан на территории других субъектов Российской Федерации, а также при оказании скорой медицинской помощи при проведении тромболитика.

2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в амбулаторно-поликлинических условиях.

2.1. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу, представлен в Приложении № 1а к Тарифному соглашению.

2.2. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за

медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении № 1б к Тарифному соглашению.

2.3. Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, представлен в Приложении № 1д к Тарифному соглашению.

2.4. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек представлен в Приложении № 1е к Тарифному соглашению.

2.3. Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи.

Подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), посещений медицинских работников со средним образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием (за исключением, финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), а также медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилям «Терапия», «Педиатрия», «Неврология», «Хирургия».

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи —оказываемой врачами-специалистами по профилям, не входящим в подушевое финансирование, медицинской помощи в неотложной форме, всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, услуг скрининга рака шейки матки, услуг по проведению компьютерной томографии (позитронно-эмиссионной томографии), магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, иммуногистохимических исследований и других услуг в соответствии с таблицей 1 приложения бб «Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации», услуг, связанных с использованием телемедицинских технологий, комплексных услуг по пренатальной диагностике нарушений внутриутробного развития плода 1 и 2 этапов, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, услуги аудиологического скрининга детей 1 года жизни (2 этап), первичной специализированной медицинской помощи оказываемой выездными бригадами, а также медицинских услуг, проводимых в консультативно-диагностических центрах и центрах здоровья.

Расчет размера базового (среднего) и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций включает в себя средства, направляемые на межучрежденческие взаиморасчеты.

Дифференцированные подушевые нормативы, установленные в Приложении № 5 к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают рассчитанный для каждой медицинской организации половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, а также коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

2.4. Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями за проведение маммографии, флюорографии.

Медицинским организациям, участвующим в межучрежденческих расчетах, для учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, прикрепленным к иным медицинским организациям, необходимо указывать код медицинской организации, выдавшей направление, номер и дату выдачи направления.

Межучрежденческие расчеты осуществляются по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложении №6б к Тарифному соглашению.

В межучрежденческих расчетах участвуют медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу.

В Реестр счетов не включаются, и не подлежат оплате за счет средств ОМС:

- посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета;
- консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями и заведующими отделениями поликлиник, врачебные консилиумы, кроме консультаций (консилиумов) врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов;
- консультации амбулаторных больных врачами стационаров;
- случаи оказания медицинской помощи на учебно-спортивных мероприятиях;
- случаи оказания медицинской помощи застрахованным лицам, получившим повреждение здоровья вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, признанные Фондом социального страхования Российской Федерации;
- медицинская помощь, оказанная военнослужащим, аттестованному составу министерств и ведомств, в которых действующим законодательством Российской Федерации предусмотрена воинская и приравненная к ней служба;
- обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;
- повторные посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением случаев повторного обращения для оказания неотложной медицинской помощи, повторного обращения в другие медицинские организации с целью консультации, определения показаний к госпитализации, операции;
- медицинские осмотры для медицинского освидетельствования на право управления автомобилями и маломерными судами, на получение разрешения на приобретение и ношение оружия;

- обследования в кабинетах функциональной диагностики, рентгенологии, лабораториях и т.д. (параклинических служб).

Посещение в течение дня больным по поводу одного и того же заболевания (профилактического осмотра) одного и того же врача (специалиста одного профиля), учитывается как одно посещение.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «онкология», оказанная в один день разными специалистами, оплачивается за каждое посещение соответствующего специалиста.

Оплате по тарифам за посещение подлежит неотложная медицинская помощь оказываемая в отделении (кабинете) поликлиники, приемном покое стационара в случае, не закончившимся госпитализацией, кабинете неотложной травматологии и ортопедии (травмпункте), а также обращение на станцию скорой медицинской помощи. Для учета неотложной медицинской помощи, используется форма №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Неотложная медицинская помощь может оказываться фельдшерами в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи¹.

2.5. Оплата медицинской помощи, оказанной при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях: в стоматологической поликлинике, в отделениях (кабинетах) стоматологического профиля медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за посещение (обращение) с учетом УЕТ.

Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость лечебно-диагностических услуг, оказанных врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения за медицинской помощью, с указанием формулы зубов, предложенной Всемирной организацией здравоохранения.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» в амбулаторных условиях, установлен Приложением № 1г к Тарифному соглашению.

Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, устанавливаются Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

Стоимость УЕТ установлена для каждой группы стоматологических услуг по видам стоматологической помощи.

Не допускается использование нескольких услуг с признаком «первичный» у специалистов одного профиля по одному пациенту в отчетном месяце.

Не допускается использование набора услуг «А» без услуг «В» в одном посещении.

Один визит пациента является одним посещением.

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 №252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации оказания первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты». Приказ МЗ МО от 01.02.2016 №174 «О совершенствовании организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в неотложной форме».

Обращение пациента по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания, включающий в себя одно первичное посещение и одно или более повторное посещения соответствующего врача-стоматолога (зубного врача).

Учет количества посещений ведется по приемам врачей, зубных врачей (профилактическому, диспансерному, первичному и повторному), т.е. по услугам с кодом «В», за исключением услуг по анестезиологии.

Учет количества обращений - законченных случаев оказания стоматологической помощи – учитывается при выставлении в отчетном месяце у пациента 2-х и более медицинских услуг с кодом «В», по каждому заболеванию (диагноз по МКБ10), с набором услуг «А» по одному профилю медицинской помощи.

Таким образом, агрегированное количество посещений равно количеству услуг с кодом «В» в отчетном периоде.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, посещений в связи с заболеваниями, обращений в связи с заболеваниями.

Учет количества посещений/обращений осуществляется на основе учетной формы №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и отражается в форме №043/у «Медицинская карта стоматологического больного».

Учет УЕТ - сумма УЕТ по всем услугам «А» и «В», выставленным в отчетном периоде.

2.6. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) услуг, осуществляется при наличии направления от лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, от той медицинской организации, которую гражданин выбрал ранее для получения первичной медико-санитарной помощи в том числе по территориально-участковому принципу.

2.7. КТ и МРТ исследования могут состоять из отдельных процедур, и включать в себя обследование одной или нескольких анатомических областей (органов). Одна процедура представляет собой однократное сканирование одной анатомической области (органа). Сканирование двух и более анатомических областей и (или) отдельного органа учитывается как два и более самостоятельных исследования. Данные случаи подлежат дальнейшей экспертизе качества медицинской помощи.

В случае направления пациента на исследование двух и более анатомических зон (КТ или МРТ исследований с контрастом) за проведение указанных исследований применяется один тариф с контрастом, и один или несколько тарифов без контраста в зависимости от количества исследований, проведенных в один день.

Оказание и оплата услуг КТ и МРТ осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Московской области при наличии направления от лечащего врача медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, по форме № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

2.8. Оплата комплексных медицинских услуг (далее - КПКМУ) производится только при выполнении обязательного набора простых медицинских услуг, отражаемых в первичной медицинской документации и реестре персональных счетов. Медицинские услуги, входящие в

состав КПКМУ, не могут быть предъявлены к оплате отдельным персональным счетом в период лечения по соответствующей КПКМУ.

2.9. Учет и оплата медицинской помощи в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с Приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 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)).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

- 1) анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях: сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта;

определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности;

выявления у граждан в возрасте 65 лет и старше риска падений, жалоб, характерных для остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, некоррегированных нарушений слуха и зрения;

- 2) расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

- 3) измерение артериального давления на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

- 4) исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

- 5) определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год;

- б) определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в год;

- 7) определение абсолютного сердечно-сосудистого риска <*> у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год;

<*> Сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического

генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы.

8) флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года <*>;

<*> Не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки.

9) электрокардиографию в покое при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год;

10) измерение внутриглазного давления при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год;

11) осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;

12) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

Учет профилактических медицинских осмотров и первого этапа диспансеризации (скрининг) определенных групп взрослого населения осуществляется по законченному случаю (комплексное посещение) лечения.

Учет дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами, выполненных в рамках проведения второго этапа диспансеризации осуществляется за посещение.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными 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 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.

3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 2а.

3.2. Отнесение случаев лечения к КСГ, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), и применение поправочных коэффициентов осуществляется с учетом Методических рекомендации и Инструкции.

3.3. *Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи*, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения,

летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

К прерванным случаям медицинской помощи также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура медицинских услуг), и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ;

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 – 100% от стоимости КСГ.

Перечень групп, являющихся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения установлен Приложением № 9в к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Приложении № 9д к Тарифному соглашению.

Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях оплачивается по следующему порядку:

- если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев 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 проводилась.

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в сочетании с лекарственной терапией подлежит оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение (или) тромболитическая терапия не проводилась.

Оплата случаев лечения проведения лучевой терапии осуществляется путем отнесения его к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев.

В случае перевода пациента в круглосуточном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, в том числе с целью проведения оперативного вмешательства, случай госпитализации подлежит учету в Реестре и оплачивается как один законченный случай по КСГ с наибольшим размером оплаты.

3.4. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

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

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

- случаи 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;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).;

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

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленным порядком.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» осуществляется в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, длительностью менее 6 дней – как один законченный случай по КСГ, которая соответствует медицинской помощи, оказанной на койках для беременных и рожениц.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

Все случаи оказания медицинской помощи, предъявленные к оплате по двум и более тарифам КСГ в период одной госпитализации, подлежат обязательной экспертизе качества медицинской помощи.

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

3.5. Порядок оплаты медицинской помощи с применением эндоваскулярных методов диагностики и лечения в сосудистых центрах, входящих в состав медицинских организаций.

Оплата медицинской помощи, оказанной больным с острым инфарктом миокарда и больным с острым нарушением мозгового кровообращения с применением эндоваскулярных методов диагностики и лечения в сосудистых центрах, осуществляется при соблюдении следующих условий:

- медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, имеющих в своем составе сосудистые центры и участвующих в маршрутизации оказания медицинской помощи с острым инфарктом миокарда и больным с острым нарушением мозгового кровообращения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Московской области;

- диагноз МКБ 10 соответствует диагнозу, указанному в стандарте специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) и нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденными приказами Минздрава России, соответственно, от 01.07.2015 № 404ан и от 01.07.2015 № 405ан и стандартами специализированной медицинской помощи при субарахноидальных и внутримозговых кровоизлияниях и при инфаркте мозга, утвержденными приказами Минздрава России, соответственно, от 01.07.2015 № 395ан и от 29.12.2012 № 1740н и КСГ по профилю «Кардиология», «Сердечно-сосудистая хирургия» и профилю «Неврология» соответственно, а также при соответствии применяемой услуги Номенклатуре медицинских услуг.

Перечисленные условия учитываются при формировании НСИ для сдачи реестров счетов за оказанную медицинскую помощь.

3.6. Учет и оплата случаев лечения больных (взрослых и детей) с нарушением слуха.

Медицинская помощь населению (взрослым и детям) по профилю «Сурдология-оториноларингология» осуществляется в медицинских организациях и иных организациях, ведущих медицинскую деятельность в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология», утвержденным приказом Минздрава России 09.04.2015 № 178н и на основании стандартов специализированной медицинской помощи при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохlearной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохlearной имплантации и при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохlearной имплантации пациентам (за исключением замены речевого процессора системы кохlearной имплантации), утвержденными приказами Минздрава России, соответственно, от 17.09.2014 № 526н и от 17.09.2014 № 527н.

Учет медицинской помощи, оказанной больным с нарушением слуха, осуществляется следующим образом:

- 1) диагноз Н90.3 «Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя» по КСГ st20.003 «Другие болезни уха» профиль «Оториноларингология» (терапевтическая группа) без учета услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг;

2) диагноз Н90.3 «Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя» по КСГ st20.010 «Замена речевого процессора» профиль «Оториноларингология» с учетом услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг В05.057.008 «Услуги по реабилитации пациента, перенесшего операцию кохлеарной имплантации, включая замену речевого процессора»;

3) по профилю «медицинская реабилитация» без «привязки» к коду МКБ 10 с учетом услуги согласно Номенклатуры медицинских услуг, В05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» (КСГ st37.015, по возрасту от 0 дней до 18 лет) и В05.023.002.001 «Услуги по реабилитации пациента с заболеваниями центральной нервной системы» (КСГ st37.017, по возрасту от 0 дней до 18 лет).

При учете медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара детям с двухсторонней нейросенсорной потерей слуха (код по МКБ 10 Н90.3) по КСГ st20.010 «Замена речевого процессора», КСГ st37.015 «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» оплате подлежат случаи с соответствующими КСГ в рамках двух госпитализаций (две истории болезни) в течение 90 дней при соблюдении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Сурдология-оториноларингология», утвержденного приказом Минздрава России от 09.04.2015 № 178н, и правил направления граждан для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке, утвержденных приказом Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи».

3.7. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, установленным Приложением № 10 к Тарифному соглашению. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных плановых объемов медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях, устанавливается Приложением № 26 к Тарифному соглашению.

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 целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10, либо по коду Номенклатуры медицинских услуг, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в

рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10. При этом ведется одна история болезни с оформлением переводного эпикриза и отражением движения пациента в «Статистической карте выбывшего из стационара» (пункт 26 формы № 066/у-02).

3.8. Лечение по профилю «медицинская реабилитация» производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» при наличии направления по форме № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры медицинских услуг (раздел В) вне зависимости от диагноза.

Для КСГ st37.001 - st37.013 в условиях круглосуточного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента. При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Оплата случаев перевода пациента после оказания специализированной (в т.ч. высокотехнологичной помощи) медицинской помощи в отделения реабилитации, в том числе в пределах одной медицинской организации, осуществляется отдельно, при условии выполнения порядка оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

При оказании медицинской помощи пациентам с заболеванием центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ) использованием услуги А19.23.002.017 «Роботизированная механотерапия при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга» и применения для данных случаев коэффициента сложности лечения пациента (равного 1,7), необходимо учитывать следующие дополнительные критерии:

1) перечень диагнозов МКБ 10:

I69.3	Последствия инфаркта мозга;
I69.8	Последствия других и неуточненных цереброваскулярных болезней;
T90.5	Последствие внутричерепной травмы;
T90.8	Последствие др. уточненные травм головы;
T91.3	Последствие травмы спинного мозга;
T91.1	Последствие перелома позвоночника;
I69.0	Последствия субарахноидального кровоизлияния;
I69.1	Последствия внутричерепного кровоизлияния;

2) этап лечения: 2-4 недели после оперативного или консервативного лечения до 18 мес. (при условии положительного реабилитационного прогноза);

3) степень тяжести: 5 баллов по ШРМ у взрослых, в том числе с осложнениями основного заболевания;

4) использование в 100% случаях инновационного стола-вертикализатора с интегрированным роботизированным ортопедическим устройством и/или роботизированного комплекса для локомоторной терапии с физиологически повторяемым паттерном ходьбы и/или роботизированного экзоскелета для верхней конечности, управляемого двигателем из программного обеспечения с активной поддержкой расширенного 3D пространства;

5) учет в реестре счетов услуги А19.23.002.017 «Роботизированная механотерапия при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга».

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.

3.9. Особенности применения коэффициента сложности лечения пациента в случае наличия у пациента осложнений заболеваний, тяжелой сопутствующей патологии, влияющих на сложность лечения пациента при родоразрешении и кесаревом сечении.

В случае наличия у пациента осложнений заболеваний, тяжелой сопутствующей патологии, влияющих на сложность лечения пациента при родоразрешении и кесаревом сечении, к отдельным диагнозам применяется коэффициент сложности лечения пациента (Приложение № 9б к Тарифному соглашению).

При наличии двух и более сопутствующих диагнозов, коэффициенты сложности лечения пациента для данных диагнозов не суммируются.

Направление пациентов с данными диагнозами в медицинские организации соответствующей группы осуществляется с учетом критериев для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин, утвержденных Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н, а также с учетом приказа Минздрава Московской области от 24.07.2017 № 208-Р «О порядке оказания акушерской и неонатальной помощи в Московской области».

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 на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

3.10. При выделении в структуре КСГ с учетом классификационных критериев подгрупп для которых установлен коэффициент относительной затратноности, отличный от коэффициента относительной затратноности базовой КСГ, оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости подгруппы КСГ.

3.11. Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за

детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ.

3.12. Учет и оплата случаев лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии (далее - ОРИТ) и в палатах интенсивной терапии (далее - ПИТ) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях стационара по подгруппам КСГ «с ОРИТ и ПИТ» и «без ОРИТ и ПИТ».

Учет услуг реанимации и интенсивной терапии, оказанных в ОРИТ и ПИТ, осуществляется в соответствии со следующими признаками реанимации и интенсивной терапии:

Код1 – ОРИТ и ПИТ менее суток;

Код2 – ОРИТ и ПИТ от суток до трех;

Код3 – ОРИТ и ПИТ более 3 суток.

Для случаев оказания стационарной медицинской помощи без учета лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии применяются обязательным условием применения указанных подгрупп КСГ (без ОРИТ и ПИТ) являются следующие признаки:

Код1 – ОРИТ и ПИТ менее суток или отсутствие признака реанимации.

3.13. Учет и оплата случаев в рамках реанимационных КСГ

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.078	Реинфузия крови для аутологичной трансфузии (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.030	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.021.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности.

Градации оценок по шкале SOFA представлена в Инструкции.

3.14. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «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 А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «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».

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

3.15. В рамках КСГ st25.012 «Операции на сосудах (уровень 5)» выделяется 5 подгрупп:

- st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5.1)» (включает следующие медицинские услуги: А16.12.026.004 «Баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени», А16.12.028 «Установка стента в сосуд», А16.12.028.00 «Механическая реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени», А16.12.077 «Изолированная перфузия конечностей»;

- st25.012.2 «Операции на сосудах (уровень 5.2)» (включает следующие медицинские услуги: А16.12.026.003 «Баллонная ангиопластика со стентированием поверхностной бедренной артерии», А16.12.028.001 «Механическая реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием поверхностной бедренной артерии», А16.12.041.006 «Эндоваскулярная окклюзирующая операция на сосудах печени», А16.12.051.001 «Эндоваскулярная эмболизация сосудов с помощью адгезивных агентов», А16.12.051.002 «Эндоваскулярная эмболизация сосудов микроэмболами»);

- st25.012.3 «Операции на сосудах (уровень 5.3)» (включает следующие медицинские услуги: А16.12.041 «Эндоваскулярные окклюзирующие операции», А16.12.051 «Эндоваскулярная эмболизация сосудов»);

- st25.012.4 «Операции на сосудах (уровень 5.4)» (включает следующие медицинские услуги: А16.12.041.001 «Эндоваскулярная окклюзия сосудов с помощью микроспиралей», А16.12.041.002 «Эндоваскулярная окклюзия полости аневризмы с помощью микроспиралей»);

- st25.012.5 «Операции на сосудах (уровень 5.5)» (включает следующие медицинские услуги: А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция»).

4. Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

4.1. Учет и оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

Услуги диализа оказываются в условиях центров (отделений) гемодиализа при условии наличия направлений на проведение лечения диализом.

Услуга диализа может оказываться при нахождении больного:

- на стационарном лечении в специализированных отделениях, учет медицинской помощи осуществляется по форме №066/у-02, и оплачивается дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения за количество фактически проведенных сеансов (услуга подлежит учету во всех случаях ее применения);

- на лечении в условиях дневных стационаров; при этом график работы дневного стационара, в котором пациент получает лечение по основному заболеванию на данный момент, не может совпадать с графиком работы дневного стационара, в котором пациент получает услугу «сеанс гемодиализ/гемодиализация»; в случае совпадения графиков работы дневных стационаров, пациенто-дни, совпадающие с получением услуги «сеанс гемодиализ/гемодиализация» для дневного стационара, в котором пациент получает лечение по основному заболеванию, учету не подлежат.

По окончании случая лечения с применением услуг диализа в конце календарного месяца оформляется «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», с указанием количества услуг диализа в отчетном периоде.

В случае оказания услуг диализа пациенту, находящемуся на стационарном лечении, услуга фиксируется в «Медицинской карте стационарного больного» и при выписке пациента, отмечается в Статистической карте выбывшего из стационара круглосуточного пребывания.

Больные, направленные из дневного стационара в круглосуточный стационар для проведения гемодиализа, и наоборот, считаются выписанными и поступившими соответственно, на них заполняются две статистические карты выбывшего, то же касается поступления и выписки в пределах одной медицинской организации.

Для больных с диагнозом ХПН, находящихся на программном и перитонеальном диализе, правила контроля, объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи при повторных госпитализациях (обращениях) не применяются.

4.2. Особенности формирования КСГ по профилю «Онкология», в том числе с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

Формирование КСГ по профилю «Онкология» с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) осуществляется на основании справочников схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), содержащемся в файлах Расшифровки групп для дневного и круглосуточного стационаров.

Указанные справочники содержат схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и соответствующие им номера КСГ, к которым относятся случаи госпитализации с применением данных схем.

Описание состава справочников и особенности их использования приведены в Инструкции.

Описание схем в справочниках 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.

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

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.

При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или изменении дней введения (увеличение интервала между введениями) по сравнению с указанными в справочнике кодируется схема, указанная в Расшифровке групп, при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации:

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- изменение дней введения (увеличение интервала между введениями) произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

При соблюдении вышеуказанных условий снижение дозы и/или увеличение интервала между введениями оплачивается по коду основной схемы лекарственной терапии.

Отнесение случаев лечения к лучевой терапии по соответствующей КСГ осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

Диапазон числа фракций

Диапазон фракций	Расшифровка
fr01-05	Количество фракций от 1 до 5 включительно
fr06-07	Количество фракций от 6 до 7 включительно
fr08-10	Количество фракций от 8 до 10 включительно
fr11-20	Количество фракций от 11 до 20 включительно
fr21-29	Количество фракций от 21 до 29 включительно
fr30-32	Количество фракций от 30 до 32 включительно
fr33-99	Количество фракций от 33 включительно и более

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

Отнесение к хирургическим КСГ по профилю «онкология» производится при комбинации диагнозов С00-С80, С97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

Отнесение к КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи по данной КСГ необходимо осуществить проверку на обоснованность подобных госпитализаций.

Отнесение случая к КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования» осуществляется с применением соответствующего кода Номенклатуры медицинских услуг из раздела «В». Данная группа предназначена в основном 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.

Отнесение 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 медицинских услуг:

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».

Отнесение к КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования» осуществляется в соответствии с иным классификационным критерием «mgi», применяемым для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований. При этом другие классификационные критерии (диагноз, медицинская услуга и др.) в группировке данной КСГ не участвуют.

В случае если в условиях дневного стационара пациенту выполнена биопсия, являющаяся классификационным критерием КСГ с коэффициентом затратоемкости, превышающим коэффициент затратоемкости КСГ ds19.033, оплата такой госпитализации осуществляется по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости.

4.3. Особенности формирования КСГ по профилю «Онкология», в том числе с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

Учет проведенных оперативных вмешательств в соответствии с КСГ осуществляется медицинскими организациями отдельно с применением специализированного программного обеспечения по формированию реестра счетов.

Для учета случаев лечения в условиях стационара (круглосуточного или дневного любого типа) используется «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма №066/у-02), в которой указывается код группы КСГ, соответствующий коду основного заболевания, виду медицинской помощи, возрасту пациента и выбранной клинической технологии диагностики и лечения, в графе «Вид оплаты» таблицы 26 «Движение пациента по отделениям» и таблицы 27 «Хирургические операции».

4.4 При выделении в структуре КСГ с учетом классификационных критериев подгрупп для которых установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от

коэффициента относительной затратоемкости базовой КСГ, оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости подгруппы КСГ.

4.5. Размеры коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлены Приложениями №9б и № 11в к Тарифному соглашению.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

5. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

5.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

5.2. Формирование КСГ, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки) и применение поправочных коэффициентов осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями и Инструкцией.

5.3. *Порядок оплаты прерванных случаев* оказания медицинской помощи, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

К прерванным в целях оплаты медицинской помощи также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если пациенту была выполнено хирургическое вмешательство (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг) и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ;

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 – 100% от стоимости КСГ.

Перечень групп, являющихся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения установлен Приложением № 11г к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение в условиях дневного стационара, представлен в Приложении № 11д к Тарифному соглашению.

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

В случае перевода пациента в дневном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата прерванных случаев проведения лекарственной и лучевой терапии, в том числе при сочетании этих методов, производится аналогично прерванным случаям лечения при злокачественных новообразованиях в круглосуточном стационаре.

При оказании медицинской помощи по профилю «Онкология» случаи перевода пациентов из отделения хирургического профиля для дальнейшего лечения в химиотерапевтическое и/или отделение лучевой терапии предъявляются к оплате в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

5.4. Оплата по двум КСГ осуществляется в случаях лечения аналогично порядку оплаты в круглосуточном стационаре.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленным порядком.

5.5. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с основной КСГ, учитывающей основное (сопутствующее заболевание). В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

5.6. При проведении в дневном стационаре допускаются и оплачиваются комплексные услуги по проведению пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, оказываемые в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими в своём составе кабинеты пренатальной диагностики установленные Приложением № 6в к Тарифному соглашению, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций,

5.7. Лечение по профилю «медицинская реабилитация» производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ ds37.001 - ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

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 легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

5.8. Учет и оплата случаев лечения при хронических вирусных гепатитах в условиях дневного стационара с применением лекарственной терапии.

Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии с режимом терапии – с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия. Учитывая, что в настоящее время для лекарственной терапии применяются в том числе пангенотипные лекарственные препараты, при назначении которых не учитывается генотип вируса гепатита С, отнесение случая лечения к КСГ на основании генотипа нецелесообразно.

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. Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице.

КСГ	Код диагноза МКБ 10	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
ds12.010 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)»	V18.2	if	Назначение лекарственных препаратов пегилированных интерферонов для лечения хронического вирусного гепатита С
ds12.011 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)»	V18.2	nif	Назначение лекарственных препаратов прямого противовирусного действия для лечения хронического вирусного гепатита С в том числе в сочетании с пегилированными интерферонами

Назначение лекарственных препаратов прямого противовирусного действия для лечения хронического вирусного гепатита С в том числе в сочетании с пегилированными интерферонами

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

Коэффициенты затратоемкости для этих КСГ приведены 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.

5.9. Оплата случаев лечения, оказываемых в условиях дневного стационара, медицинскими организациями, находящимися на территории закрытых административных территориальных образований (далее - ЗАТО), осуществляется с применением коэффициента подуровня 1,2.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, находящихся на территории ЗАТО, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

5.10. Оплата процедур экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа по соответствующим КСГ, установленным в Приложении №11а к Тарифному соглашению.

Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар.

Оплата хранения криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

5.11. В период лечения в дневном стационаре по основному заболеванию допускаются и оплачиваются амбулаторные посещения к специалистам другого профиля вне графика пребывания пациента в дневном стационаре в случае, если данное посещение не относится к обследованию и лечению по основному заболеванию.

6 Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

6.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливается Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

6.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

6.3. По подушевому нормативу финансирования осуществляется оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), оказываемая в экстренной и неотложной формах, за исключением:

- вызовов скорой медицинской помощи при проведении тромболитической терапии;
- скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, установленный в Приложении № 13а к Тарифному соглашению, рассчитан для однородных групп медицинских организаций исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, учитывающего рассчитанные для каждой медицинской организации половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива.

6.4. Оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и др.), за счет средств ОМС не осуществляется.

6.5. Учет и оплата скорой и неотложной медицинской помощи.

Учет медицинской помощи, оказываемой вне Медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется как вызов бригады скорой медицинской помощи и отражается в учетной форме №110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи»².

В рамках реализации Программы ОМС оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежат вызовы врачебной общепрофильной бригады, врачебной специализированной бригады (педиатрической, акушерско-гинекологической, психиатрической, анестезиологическо-реанимационной, педиатрической анестезиологическо-реанимационной), фельдшерской общепрофильной бригады, акушерской бригады, экстренной консультативной бригады.

При оказании скорой медицинской помощи без выезда оплата осуществляется по тарифам посещения врача/фельдшера скорой помощи.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом ТФОМС МО на финансовое обеспечение Программы ОМС, с учетом федеральных нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема, установленных Программой ОМС.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу (за исключением приобретения оборудования в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи).

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

² Форма утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения) больницы скорой медицинской помощи».

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках Московской областной программой ОМС включают расходы медицинских организаций в соответствии с порядком применения бюджетной классификации Российской Федерации:

Код статьи	Код подстатьи	Наименование статьи (подстатьи)
210		Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда
	211	Заработная плата
	212	Прочие выплаты
	213	Начисления на выплаты по оплате труда
220		Оплата работ, услуг
	221	Услуги связи
	222	Транспортные услуги
	223	Коммунальные услуги
	224	Арендная плата за пользование имуществом
	225	Работы, услуги по содержанию имущества (кроме капитального ремонта)
	226	Прочие работы, услуги
260		Социальное обеспечение
	262	Пособия по социальной помощи населению
290		Прочие расходы
310		Увеличение стоимости основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь, стоимостью до ста тысяч рублей за единицу)
340		Увеличение стоимости материальных запасов

При определении направлений расходования средств МО следует руководствоваться:

- указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными Приказом Минфина России от 29.11.2017 № 209н «Об утверждении Порядка применения классификации операций сектора государственного управления»;

- градостроительным кодексом Российской Федерации (пункт 14.2 статьи 1) при определении понятия капитального ремонта объектов капитального строительства;
- классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 №1;
- общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26.12.94 № 359.

Расходы государственных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью выше 100 тысяч рублей за единицу (за исключением приобретения оборудования в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи) осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой ОМС.

Финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи.

Порядок отнесения затрат на содержание медицинской организации устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой). Решение о распределении (перераспределении) конкретного объема финансовых затрат между предметными статьями (подстатьями) принимается руководителем медицинской организации.

Расходы, включенные в тариф, осуществляются в пределах объема финансовых средств, утвержденных Планом финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации в части средств ОМС, с учетом выполнения плановых объемов, определенных Программой ОМС.

2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 4 817,30 руб. по всем единицам объема.

2.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 142,0 руб. в месяц (1 704,0 руб. в год).

2.3. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, установлены Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

2.4. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложениями №№ ба, бб, бв, бг, бд, бе к Тарифному соглашению.

2.5. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

2.6. Стоимость УЕТ, применяемая в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, устанавливаются Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 6 264,0 руб.

3.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) составляет 23 797,76 руб.

3.3. Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратно-емкости установлены Приложением № 9а к Тарифному соглашению.

3.4. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 9б к Тарифному соглашению.

3.5. Коэффициенты уровня и подуровня оказания медицинской помощи установлены Приложением № 2а к Тарифному соглашению.

3.6. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложением № 10 к Тарифному соглашению.

3.7. Тарифы на оплату услуг диализа, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложением № 12 к Тарифному соглашению.

3.8. Группы КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установлены Приложением № 9г к Тарифному соглашению.

4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи,

установленных Программой ОМС, составляет 1 398,4 руб.

4.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ/КПГ, (базовая ставка) составляет 13 664,2 руб.

4.3. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратноности установлены Приложением № 11а к Тарифному соглашению.

4.4. Управленческие коэффициенты, применяемые к КСГ, установлены Приложением № 11б к Тарифному соглашению.

4.5. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ/КПГ, установлены Приложением № 11в к Тарифному соглашению.

4.6. Тарифы на оплату услуг диализа, применяемые в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, установлены Приложением № 12 к Тарифному соглашению.

5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

5.1. Тарифы и подушевые нормативы в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера: врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

5.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 763,22 руб.

5.3. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 61,7 руб. в месяц (740,4 руб. в год).

5.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, устанавливаются Приложением № 13а к Тарифному соглашению.

5.5. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, устанавливаются Приложением № 13б к Тарифному соглашению.

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим Тарифным соглашением устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты

медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение №14).

Размеры подушевых нормативов в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафных санкций в рамках базовой программы ОМС:

1 704,00 руб.	Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением (в рамках базовой программы ОМС).
740,40 руб.	Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, установленный Тарифным соглашением (в рамках базовой программы ОМС).
7 446,3 руб.	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях стационара, установленный в соответствии с территориальной программой (в рамках базовой программы ОМС).
1 457,8 руб.	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный в соответствии с территориальной программой (в рамках базовой программы ОМС).
14 662,68 руб.	Общий размер подушевого норматива финансирования (в рамках базовой программы ОМС)

V. Заключительные положения

1. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Программу ОМС.

2. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2020 года и действует по 31 декабря 2020 года.

3. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

3.1. Все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

3.2. Внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

4. Корректировка (индексация) тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

5. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение № 1а. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу.

Приложение № 1б. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Приложение № 1в. Перечень медицинских организаций, имеющих в составе консультативно-диагностический центр (КДЦ)

Приложение № 1г. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» в амбулаторных условиях.

Приложение № 1д. Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения.

Приложение № 1е. Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек.

Приложение № 2а. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи.

Приложение № 2б. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Приложение № 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Приложение № 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций.

Приложение № 5. Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (амбулаторно-поликлиническая помощь).

Приложение № 6а. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказываемой в амбулаторных условиях при обращении по поводу заболевания, посещении с профилактической и иной целью, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6б. Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6в. Тарифы на комплексные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6г. Тарифы на неотложную медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6д. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в Центрах здоровья в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 6е. Тарифы на медицинские услуги, связанные с применением телемедицинских технологий и оказываемые амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 7. Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 9а. Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 9б. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 9в. Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (круглосуточный стационар).

Приложение № 9г. Группы КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

Приложение № 9д. Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию.

Приложение № 9е. Проведение сочетанных хирургических вмешательств.

Приложение № 9ж. Проведение однотипных операций на парных органах.

Приложение № 10. Тарифы случаев лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 11а. Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ/КПП (дневной стационар).

Приложение № 11б. Управленческие коэффициенты (дневной стационар).

Приложение № 11в. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ/КПП (дневной стационар)

Приложение № 11г. Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (дневной стационар).

Приложение № 11д. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение.

Приложение № 12. Тарифы на медицинские услуги при проведении услуг диализа, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 13а. Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение № 13б. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 14. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией

штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

ПОДПИСИ СТОРОН

И.о. министра здравоохранения Московской области

Е.Ю. Огнева

Директор Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Московской области

О.А. Мисюкевич

Председатель Московской областной организации
профсоюза работников здравоохранения Российской
Федерации

А.И. Домников

Председатель Правления Ассоциации
«Врачебная Палата Московской области»

С.А. Лившиц

Заместитель Генерального директора ООО ВТБ МС

М.Ф. Фарбер

