Приложение 2

к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019 г.

ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной

программы обязательного медицинского страхования

Кабардино-Балкарской Республики

**с 01.01.2020 г.**

**1. Общие положения**

1.1. Порядок оплаты медицинской помощи (далее – Порядок), устанавливает общие принципы оплаты медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями республики в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кабардино-Балкарской Республики (далее – Программа).

1.2. На территории Кабардино-Балкарской Республики (далее – КБР) действует единая система оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования КБР.

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

1.4. Оплата медицинских услуг производится на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования КБР, по способам оплаты и по тарифам на медицинские услуги, утверждёнными Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории КБР на текущий год (далее – Тарифное соглашение).

1.5. При невозможности предоставления медицинских услуг определенного вида и объема, требуемого для выполнения стандарта оказания медицинской помощи, медицинская организация обеспечивает оказание необходимой медицинской помощи пациенту в другой(их) медицинской(их) организации(ях), оплатив ей(им) в дальнейшем стоимость данной(ых) услуги (услуг) согласно договору, заключенному между сторонами.

1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами КБР, производится в соответствии с разделом X Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2019 г. № 108н.

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

Медицинская помощь сотрудникам органов внутренних дел оказывается в соответствии с постановлением Правительства РФ от 15.12.2018 г. № 1563 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении, медицинской помощи и обеспечения их санаторно-курортным лечением».

# Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется Фондом социального страхования Российской Федерации за счет средств обязательного социального страхования в соответствии с Федеральным законом [от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=281129#l0) «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Медицинская помощь, оказанная категориям граждан, указанным в пункте 1.7. не подлежит оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.8. Медицинская помощь, оказанная ребенку до даты государственной регистрации рождения и получения полиса ОМС на него, оплачивается на основании данных полиса ОМС матери или другого законного представителя ребенка.

1.9. Оплата медицинской помощи, оказанной иностранным гражданам и лицам без гражданства в медицинских организациях на территории КБР, осуществляется в соответствии с федеральным законодательством: статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»; постановлением Правительства РФ от 06.03.2013 г. № 186 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

1.10. Лицам, имеющим удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а также имеющим свидетельство о предоставлении временного убежища, право на медицинскую помощь предоставляется в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 г. № 4528-1 «О беженцах».

1.11. При замене застрахованным лицом страховой медицинской организации в период лечения оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется страховой медицинской организацией, в которой гражданин застрахован на момент завершения лечения.

**2. Порядок оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**

В соответствии законодательством в сфере охраны здоровья первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Программой предусмотрена приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

2.1. Для оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на территории КБР применяются следующие способы оплаты:

2.1.1. по подушевому нормативу финансирования для медицинских организаций, имеющих 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);

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

2.1.3. 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).

Оплата диагностических (лабораторных) исследований производится за единицу объема медицинской помощи - медицинскую услугу и не включается в оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц. При этом в одной медицинской организации возможно сочетание способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях - по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций, включенных в один уровень (подуровень) оказания медицинской помощи.

2.2. По подушевому нормативу финансирования оплачивается первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказанная медицинскими организациями сферы ОМС КБР лицам, застрахованным на территории КБР и прикрепившимся к медицинской организации для обслуживания в соответствии с «Регламентом прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, с использованием региональных информационных систем», утвержденным совместным приказом Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики от 01.03.2017 г. № 39-П/60 (далее – Регламент), по состоянию на первое число отчетного месяца.

Вся работа по прикреплению и откреплению застрахованных лиц должна осуществляться в соответствии с Регламентом.

Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц с учетом половозрастного коэффициента включаются расходы на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказанной при профилактических посещениях и обращениях (законченный случай).

Оплата медицинской помощи, оказанной в виде посещений или обращений в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется ежемесячно по дифференцированному подушевому нормативу финансирования, исходя из количества прикрепившихся лиц по состоянию на первое число отчетного месяца.

2.3. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения, медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации детей-сирот;

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходы на медицинскую помощь, оказанную в неотложной форме;

- расходы оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, утвержденных Программой государственных гарантий: 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;

- расходы на оплату дорогостоящих видов диагностических услуг: молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), ультразвуковая пренатальная диагностика, диагностические исследования мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии;

- расходы на оплату стоматологической помощи;

- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

2.4. При формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, в реестрах счетов отражаются все единицы объёма с указанием размеров установленных тарифов.

При этом, медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в реестрах счетов за оказанную медицинскую помощи в поле «сумма случая» по посещениям и обращениям ставят «ноль».

В тариф посещения или обращения для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, включаются расходы на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказанной при профилактических посещениях и обращениях (законченный случай).

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы 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 средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

2.5. При проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП оказанной медицинской помощи неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организации штрафов осуществляется СМО в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение 25 к Тарифному соглашению от 30.12.2019г.).

Уменьшение оплаты по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи для медицинских организаций, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, производится со стоимости единицы объема медицинской помощи – посещения, обращения, утвержденных Тарифным соглашением от 30.12.2019г.

При проведении МЭК реестров счетов медицинских организаций, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, при подтверждении факта оказания медицинской помощи застрахованному лицу, не прикрепленному к данной медицинской организации, при снятии с оплаты данного случая применять код 5.1.4. Перечня 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 в медицинских организациях сферы ОМС КБР – некорректное заполнение полей реестра счетов.

Сумма, принятая к оплате СМО по счету от МО, в части способа оплаты «по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц», при оказании первичной медико-санитарной помощи не должна превышать сумму, утвержденную по подушевому нормативу финансирования для данной МО за отчетный период.

2.6. Оказание первичной медико-санитарной помощи включает: услуги врачебных осмотров (осмотров среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации), назначенные по их результатам и зафиксированные в медицинской карте пациента лечебные, диагностические услуги (в том числе клинико-диагностические, биохимические, бактериологические, цитологические, иммунносерологические исследования и т.п., диагностика лучевая, функциональная, эндоскопическая и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.) и т.д. в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 г. № 804н.

2.7. Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом Минздрава России от 15.12.2014 г. № 834н (далее – Талон).

В качестве учетной единицы для оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях принимаются:

2.7.1. Профилактические посещения:

- комплексные посещения для проведения профилактического медицинского осмотра:

профилактические медицинские осмотры взрослых, включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения;

профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, I этап;

- комплексные посещения для проведения диспансеризации:

диспансеризация определенных групп взрослого населения, I этап;

диспансеризация детей-сирот;

- посещения с иными целями;

2.7.2. Посещения в неотложной форме.

2.7.3. Обращения по поводу заболевания.

*2.8. Учет профилактических посещений.*

По всем видам профилактических мероприятий учет объемов медицинской помощи ведется в законченных случаях и посещениях внутри законченного случая.

Застрахованные лица проходят профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь *за исключением* *ГБУЗ «Участковая больница» с.п. Верхняя Балкария, прикрепленному населению которой профилактические мероприятия проводит ГБУЗ «Центральная районная больница» Черекского муниципального района».*

2.8.1. Комплексные посещения для проведения профилактического медицинского осмотра.

Норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств обязательного медицинского страхования, установлен с учетом показателя регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» (за исключением предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда):

а) законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослых, в том числе 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения (см. пункт 2.8.2.);

б) законченный случай профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних (I этап):

в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап);

допускается учет ранее выполненных вне рамок медицинских осмотров несовершеннолетних старше 2-х лет осмотров и исследований в течение предшествующих 3 месяцев, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты ранее выполненных осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра или исследования;

общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительного обследования общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы);

средний норматив объемов комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних учитывает 1,58 посещения;

*2.8.2. Комплексные посещения для проведения диспансеризации:*

а) законченный случай диспансеризация определенных групп взрослого населения (I этап):

комплексное посещение при проведении диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний в определенные возрастные периоды (для граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно 1 раз в 3 года, для граждан в возрасте от 40 лет и старше 1 раз в год);

в соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019г. № 124н, утвердившим Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (далее – Приказ 124н), профилактический медицинский осмотр взрослого населения и I этап диспансеризации, считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и I этапа диспансеризации;

в соответствии с приложением № 2 «Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний» к Приказу 124н, 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;

диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний, выявленные в результате проведенной диспансеризации, кодировать в соответствии с приложением № 3 к Приказу 124н;

при исследовании кала на скрытую кровь и цитологическом исследовании мазка с шейки матки в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения обязательным условием является исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом, цитологическое исследование мазка с шейки матки при окрашивании мазка по Папаниколау;

в случае если при обращении гражданина для прохождения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации установлено, что исследование, отмеченное <\*> в приложении № 1 к Приказу 124н, не проводилось ранее в сроки, рекомендованные в [пунктах 16](consultantplus://offline/ref=089F5301F974BD610F911B6C768137A757E8E50E5F19F30DE5D1D49E27A5AC2F1864BA9E8AC254F641000456DF97FF94AF3AF1F909D97040wCcBL) и [17](consultantplus://offline/ref=089F5301F974BD610F911B6C768137A757E8E50E5F19F30DE5D1D49E27A5AC2F1864BA9E8AC254F441000456DF97FF94AF3AF1F909D97040wCcBL) Приказа 124н, то исследование проводится при обращении, график последующих исследований смещается согласно рекомендуемой частоте проведения исследования, сумма стоимости данного исследования добавляется к тарифу на законченный случай;

электрокардиография в покое проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год, сумма стоимости данного исследования добавляется к тарифу на законченный случай;

измерение внутриглазного давления проводится при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год, сумма стоимости данного исследования добавляется к тарифу на законченный случай;

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 не проводится в случае, если профилактический медицинский осмотр является частью первого этапа диспансеризации;

б) законченный случай диспансеризации детей-сирот:

диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Диспансеризация детей-сирот является завершенной в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденным приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации включает комплексные посещения в рамках 1-го этапа диспансеризации.

В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, диспансеризация проводится с привлечением близлежащих медицинских организаций. Диспансеризация детей-сирот проводится в соответствии с графиком, ежегодно утверждаемым приказом Минздрава КБР.

*2.8.3. Посещения с иными целями включают:*

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

б) посещения для проведения 2 этапа диспансеризации и профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, II этап;

в) разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе:

- при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования (стоматологические);

- динамического наблюдения в период беременности при физиологическом течении не более 1 раза в месяц при сроке беременности до 30 недель, не более 2 раз в месяц при сроке беременности более 30 недель;

- динамического наблюдения в период беременности с отягощенным анамнезом (гинекологическим, акушерским) при физиологическом течении (количество посещений по мере необходимости – в зависимости от состояния беременной по решению лечащего врача);

г) посещения центров здоровья:

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

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

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

е) посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

ж) посещения в связи с медицинскими осмотрами при проведении профилактических прививок;

з) посещения в связи другими причинами:

- патронаж;

- выдача справок установленного образца, санаторно-курортной карты и других медицинских документов;

- направление на консультацию.

Для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, при включении в реестр оказанной медицинской помощи позиции по профилактическому посещению способ оплаты указывать «По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи» (код 25).

Для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, для медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь, и при формировании реестров счетов в рамках межтерриториальных расчетов при использовании тарифа на 1 профилактическое посещение в реестрах медицинской помощи указывать способ оплаты – «за посещение» (код 29).

Объем посещений для проведения диспансерного наблюдения основывается на численности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением при отдельных заболеваниях и состояниях в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации с учетом численности указанной категории граждан на конец 2019 года в соответствии с формой федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации». В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, при наличии хронических заболеваний проводится диспансерное наблюдение в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации порядками оказания медицинской помощи.

*2.9. Учет посещений в неотложной форме.*

Норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, включает в том числе посещения на дому.

При использовании тарифа на посещение при оказании неотложной медицинской помощи в реестрах медицинской помощи указывать способ оплаты – **за посещение (код 29)** – для всех медицинских организаций, оказывающих неотложную медицинскую помощь.

*2.10. Учет обращений по поводу заболевания:*

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу. На 2020 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9 посещения.

Учет объемов медицинской помощи ведется в обращениях и посещениях внутри обращения:

- обращения (по законченному случаю лечения заболевания в амбулаторных условиях, в том числе в связи с проведением медицинской реабилитации, с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2);

- обращения стоматологические (при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования);

Для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, при включении в реестр оказанной медицинской помощи позиции по обращению способ оплаты указывать «По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи» (код 25).

Для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, для медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь, и при формировании реестров счетов в рамках межтерриториальных расчетов при использовании тарифа на 1 обращение по поводу заболевания в реестрах медицинской помощи указывать способ оплаты – «за обращение (законченный случай)» (код 30).

*2.11. Проведение МЭК счетов и реестров счетов за проведенные профилактические мероприятия.*

2.11.1. При проведении МЭК счетов и реестров счетов за проведенные диспансеризацию определенных групп взрослого населения в определенные возрастные периоды, профилактический медицинский осмотр взрослого населения СМО необходимо проводить проверку на прикрепление застрахованных лиц к медицинским организациям, предъявившим счета и реестры счетов. При обнаружении факта проведения любого из вышеуказанных видов профилактических мероприятий застрахованному лицу, не прикрепленному к данной медицинской организации, при снятии с оплаты данного случая применять код – 5.1.4. Перечня 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 в медицинских организациях сферы ОМС Кабардино-Балкарской Республики – некорректное заполнение полей реестра счета» с комментариями по случаю.

При предъявлении к оплате случая повторного проведения любого вида профмероприятия для взрослого населения одному и тому же застрахованному лицу, при наличии ранее оплаченной позиции (пересечение сроков проведения диспансеризации или профилактического медосмотра, регламентированных соответствующими приказами Минздрава России, случай снимается с оплаты с применением кода дефекта – 5.7.1. – позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее) с комментариями по случаю.

При предъявлении к оплате одной МО более одного случая проведения любых видов профмероприятий для взрослого населения, проведенных в один отчетный период одному и тому же застрахованному лицу, с оплаты снимаются оба случая по коду дефекта – 5.1.4. – некорректное заполнение полей реестра счета с комментариями по случаям.

2.11.2. При проведении МЭК за проведенные медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризацию детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях Кабардино-Балкарской Республики, СМО не проводить проверку на прикрепление застрахованного лица к медицинской организации, предъявившей счет и реестр счета.

При необходимости проведения II этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних II этап осуществляется медицинской организацией, проводившей I этап.

При предъявлении к оплате случаев профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних двумя медицинскими организациями – МО по месту прикрепления и МО по месту обучения, к оплате принимается случай медосмотра, осуществленный первым по дате. В случае совпадения или пересечения сроков проведения медосмотра двумя медицинскими организациями, случай профилактического медицинского осмотра оплачивается МО по месту прикрепления несовершеннолетнего.

В отношении несовершеннолетних, достигших возраста 3 лет и подлежащих диспансеризации детей-сирот, профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних не проводятся и не подлежат оплате (пункт 9 приложения № 1 приказа Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»).

В случае проведения ребенку профилактического медицинского осмотра до получения статуса из категории «дети-сироты», диспансеризация детей-сирот проводится с обязательным предоставлением актуализированных списков детей-сирот, сформированных в региональном сегменте единой государственной информационной системы здравоохранения (РС ЕГИСЗ) и загруженных на информационный ресурс ТФОМС КБР, независимо от проведенного ранее профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, оплате подлежат оба случая профилактических мероприятий.

2.12. *Учет объемов стоматологической помощи.*

Учет объемов стоматологической помощи при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования вести в посещениях, обращениях и в условных единицах трудоемкости – УЕТ.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

Стоимость случая оказания стоматологической помощи (посещение или обращение) рассчитывается суммированием стоимости УЕТ.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

Число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 3,8, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 10,3.

*2.13. Учет медицинских услуг:*

а) 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.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, утвержденных Программой государственных гарантий: 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, назначение дорогостоящих видов диагностических услуг: перитонеальный диализ, гемодиализ в амбулаторных условиях, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), ультразвуковая пренатальная диагностика, диагностические исследования мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии, осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Ежедневно врачу предоставляются сведения о возможных объемах вышеуказанных медицинских услуг, предоставляемых в конкретных медицинских организациях.

Страховые медицинские организации принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В медицинских организациях, оказывающих экстренную круглосуточную помощь, в том числе диагностическую с проведением КТ и МРТ-обследований, отбор пациентов на проведение магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии по экстренным показаниям осуществляется дежурным врачебным персоналом. При этом, оплата услуг по тарифу на дорогостоящее обследование проводится в случаях, не требующих госпитализации пациента в медицинскую организацию, проводившую дорогостоящее обследование, или требующих госпитализации пациента в иную медицинскую организацию.

В случае наличия показаний для госпитализации пациента по результатам КТ и (или) МРТ обследований в медицинскую организацию, проводившую дорогостоящее обследование по экстренным показаниям, оплата данной услуги осуществляется в рамках тарифа соответствующей КСГ;

б) используется при оплате дорогостоящих лечебно-диагностических услуг – перитонеальный диализ, гемодиализ в амбулаторных условиях, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), ультразвуковая пренатальная диагностика, диагностические исследования мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии.

При формировании реестров счетов для оплаты медицинских услуг в поле «вид медицинской помощи» указывается «первичная специализированная медицинская помощь» (код 13), в поле «код способа оплаты медицинской помощи» указывается **«28»** - **за медицинскую услугу.**

Обязательным условием оформления реестра счетов является указание кода диагностической услуги в соответствии с «Номенклатурой лечебно-диагностических услуг на 2020 год», утвержденной Комиссией по разработке ТП ОМС КБР.

Отбор пациентов и направление на проведение дорогостоящих видов диагностики (молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), ультразвуковая пренатальная диагностика, диагностические исследования мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии) в плановом порядке осуществляется в соответствии с приказом Минздрава КБР «О проведении дорогостоящих видов диагностики застрахованным гражданам Кабардино-Балкарской Республики за счет средств обязательного медицинского страхования в 2020 год» в рамках выделенных объемов.

В сложных и спорных случаях для принятия решения о необходимости проведения дорогостоящих видов диагностики привлекается главный специалист по профилю заболевания.

Направления на вышеуказанные виды обследований необходимо выдавать строго в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 г. № 804н и действующей «Номенклатурой лечебно-диагностических услуг на 2020 год», утвержденной Комиссией по разработке ТП ОМС КБР.

Направление на проведение дорогостоящих видов диагностики выдается специалистом медицинской организации, в которой пациент наблюдается, на бланке формы № 057/у-04, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 255, заверенное подписью ответственного лица и печатью медицинской организации.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи по видам медицинских услуг, указанных в пункте 2.13. предоставляется страховым медицинским организациям медицинской организацией, осуществившей дорогостоящий вид диагностического обследования.

*2.14. Оплата медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом.*

Оплата медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляется по тарифам, установленным в Приложениях № 13 и № 14 к Тарифному соглашению на 2020 год от 30.12.2019 г.

При оказании медицинской помощи средним медицинским персоналом в реестрах медицинской помощи:

в поле «вид медицинской помощи» указывать «первичную доврачебную медико-санитарную помощь» (код 11);

в поле «специальность» в соответствии с классификатором V 021 указывать «Лечебное дело (средний медицинский персонал)» - код 206 - для фельдшера терапевтического участка, медицинской сестры педиатрического участка и в случае оказания неотложной медицинской помощи для фельдшера скорой медицинской помощи, «Акушерское дело (средний медперсонал)» - код 207 – для акушерки гинекологического участка, «Стоматология (средний медперсонал)» - код 208 – для зубных врачей;

в поле «профиль» при оказании медицинской помощи фельдшером терапевтического участка указывать профиль «терапия» (код 97), медицинской сестрой педиатрического участка – профиль «педиатрия» (код 68), акушеркой гинекологического участка – профиль «акушерство и гинекология» (код 136), зубным врачом – профиль «стоматология» (код 85) для оплаты стоматологической помощи, оказанной и взрослым, и детям, при оказании неотложной помощи фельдшером терапевтического участка, медицинской сестрой педиатрического участка и фельдшером скорой медицинской помощи – профиль «неотложная помощь» (код 160)»;

*2.15. Не подлежат оплате как посещения:*

- обследования в отделениях (кабинетах) функциональной, лучевой, эндоскопической диагностики, лабораториях и т.д. (за исключением объемов обследований в медицинских организациях, утвержденных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС КБР);

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

- посещения к врачам функциональной диагностики, физиотерапевтам, логопедам, психологам и т.п.;

- посещения врачей, регламентированные нормативными документами в качестве платных медицинских услуг;

- повторное посещение в течение дня больным одного и того же врача или врачей одной и той же специальности и (или) среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации (снимаются с оплаты все повторные посещения, в том числе дублирующиеся по указанным признакам).

*2.16. Оформление медицинской документации.*

Медицинские услуги, оказанные врачом или средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, независимо от вида/повода обращения пациента, должны быть зафиксированы в медицинской документации:

формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

формы № 112/у «История развития ребенка»;

формы № 026/у-2000 «Учетная форма медицинская карта ребенка для образовательных учреждений».

Отсутствие в медицинской документации записи, отражающей врачебный осмотр или осмотр средним медицинским работником, ведущим самостоятельный прием, консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате данного случая оказания первичной медико-санитарной помощи.

*2.17. Обследование пациента при направлении на плановую госпитализацию.*

Медицинская организация, направляющая пациента на плановую госпитализацию, должна провести обследование пациента на амбулаторном этапе в объеме, требуемом для выполнения стандарта медицинской помощи, включая магнитно-резонансную томографию, компьютерную томографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, сосудов нижних конечностей, молекулярную диагностику аллергии, молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологическое исследование (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), пренатальную диагностику (УЗИ-скрининг).

*2.18.* Оплату случаев оказания медицинской помощи по классу XV МКБ-10 «Беременность, роды и послеродовой период» производить медицинским организациям, имеющим лицензию по профилю «акушерство и гинекология», независимо от возраста пациентки.

*2.19.* В счетах за оказанную медицинскую помощь МО, применяющие способы оплаты по подушевому нормативу финансирования, должны указывать отдельными позициями суммы:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц – за первичную медико-санитарную помощь;

- по подушевому нормативу финансирования – за скорую медицинскую помощь.

**3. Порядок оплаты первичной врачебной, первичной** **специализированной, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара**

Модель финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основана на объединении заболеваний в группы КСГ и построена на единых принципах независимо от условий оказания медицинской помощи.

**3.1.** При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях)) и в условиях дневного стационара, в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа) применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее – 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.

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

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

В утвержденных объемах государственного задания по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара указан общий объем случаев (законченных и незаконченных).

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПГ «Пульмонология». Аналогично оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

**3.2.** При оплате первичной врачебной, первичной специализированной и специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, расшифровка КСГ производится в соответствии с:

- Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра, принятой 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (далее – МКБ-10) с учетом последующих изменений;

- Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н (далее – Номенклатура);

- Методическими рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом от 12.12.2019 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и;

- Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, направленной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2019 г. № 17151/26-1/и (далее – Инструкция ФФОМС);

- письмом Минздрава России от 24.12.2019 г. № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

c. Схема лекарственной терапии;

d. МНН лекарственного препарата;

e. Возрастная категория пациента;

f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по   
МКБ 10);

g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга**)**;

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения.

Номер КСГ формируются из номера КПГ, в которую включена соответствующая КСГ, и трехзначного номера КСГ внутри КПГ с разделением через точку. Например, КСГ «Сепсис, взрослые» в круглосуточном стационаре имеет код st12.005, где st12 – код профиля «Инфекционные болезни» в круглосуточном стационаре, а 005 – номер КСГ внутри КПГ «Инфекционные болезни».

### 3.3. Справочники Расшифровки групп

Приложением к Инструкции, направленной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2019 г. № 17151/26-1/и являются файлы «Расшифровка групп КС» и «Расшифровка групп ДС», которые имеет одинаковую структуру для круглосуточного и дневного стационаров и состоят из следующих листов, содержащих соответствующие справочники:

* «КСГ» – перечень КСГ и соответствующих коэффициентов относительной затратоемкости, утвержденных Рекомендациями, с распределением КСГ по профилям медицинской помощи;
* «МКБ 10» – справочник кодов МКБ 10 с указанием для каждого кода, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код диагноза;
* «Номенклатура» – справочник кодов Номенклатуры с указанием для каждого кода услуги, включенного в группировку, номеров КСГ к которым может быть отнесен данный код;
* «Схемы лекарственной терапии» ‑ справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы;
* «МНН ЛП в сочетании с ЛТ» ‑ справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов), применяемых в сочетании с лучевой терапией, с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов);
* «Группировщик» – таблица, определяющая однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной КСГ на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев;
* «Группировщик детальный» – таблица, соответствующая листу «Группировщик», с расшифровкой кодов основных справочников;
* «Структура справочников» – таблица, определяющая названия столбцов всех листов файла, а также обозначения кодов, вводимых в файле в дополнение к кодам основных справочников.

Подробное описание справочников в пункте 1.1. Инструкции ФФОМС.

**3.4. Описание логической схемы группировщика КСГ** приведено в пункте 1.2. Инструкции ФФОМС.

**3.5. Правила применения поправочных коэффициентов**

В настоящей модели КСГ предусмотрена возможность использования поправочных коэффициентов (коэффициент уровня стационара (КУС) и управленческий коэффициент (КУ)), устанавливая разные правила их применения в зависимости от конкретной КСГ. К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» КУ не применяется (устанавливается в значении 1).

**3.5.1. Группы, к которым не применяется КУС**

Это группы, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), за исключением КСГ, относящихся к профилю «Детская онкология» и «Онкология», в том числе в условиях дневного стационара:

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| st01.001 | Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортивным исходом |
| st02.006 | Послеродовой сепсис |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st03.002 | Ангионевротический отек, анафилактический шок |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st06.003 | Легкие дерматозы |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4) |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5) |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети (уровень 1) |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| st15.005 | Эпилепсия, судороги (уровень 1) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1) |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2) |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3) |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3) |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4) |
| st29.002 | Переломы шейки бедра и костей таза |
| st29.003 | Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава |
| st29.004 | Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы |
| st29.005 | Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4) |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3) |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4) |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6) |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1) |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4) |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3) |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |
| st37.004 | Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ) |

**3.5.2. Группы, к которым не применяются понижающие КУ**

Это группы, с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы:

| № КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- |
| КСГ круглосуточного стационара | |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.003 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2) |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2) |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) |
| st17.001 | Малая масса тела при рождении, недоношенность |
| st17.002 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость |
| st17.003 | Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций |

**3.5.3. Группы, к которым не применяются повышающие КУ**

Это группы, лечение по которым может быть в подавляющем случае выполнено с применением стационарзамещающих технологий либо амбулаторно:

|  |  |
| --- | --- |
| № КСГ | Наименование КСГ |
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st06.003 | Легкие дерматозы |
| st12.001 | Кишечные инфекции, взрослые |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |

**3.6. Регламентация применения КСЛП**

Описана в приложении № 23 к Тарифному соглашению от 30.12.2019 года.

**3.7.** Оплата законченного случая лечения по нозологическим формам в соответствии с их группировкой по КСГ производится при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов обращения за медицинской помощью.

Оплата производится в пределах объемов, утвержденных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС в КБР по тарифам, действующим на момент выписки пациента.

**3.8. Подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ или КПГ**

**3.8.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи**

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи 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.

К прерванным 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.

Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в таблице.

Если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100 % от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

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

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

В таблицах пункта 5. «Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи» Инструкции ФФОМС приведены:

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее;

Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию;

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию представлен в таблице.

**3.8.2. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях**

В случае, 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.

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

**3.8.3. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией**

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

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

Случаи укорочения срока лечения от минимальной длительности лечения, установленного действующим приказом Минздрава КБР (4 и более дней, за исключением случаев КСГ, указанных в подпункте 3.5.1.), могут быть предъявлены к оплате по тарифу законченного случая соответствующей КСГ по решению врачебной комиссии медицинской организации при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов обращения за медицинской помощью.

При предъявлении по решению врачебной комиссии к оплате указанных случаев необходимо указать «1» в поле VK.

**3.9. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая**

**3.9.1.** При переводах пациента с одного профиля коек на другой, из дневного стационара в круглосуточный стационар или из круглосуточного стационара в дневной стационар в пределах одной медицинской организации, вызванных причинами уточнения основного диагноза, возникновения состояния, являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания(то есть заболевания относятся к одному классу МКБ-10), оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

**3.9.2.** При переводе пациента из одного отделения в другое в рамках круглосуточного стационара и из круглосуточного стационара в дневной стационар в одной медицинской организации, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, обусловленным 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, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с пунктом 3.8. Например, при выполнении новорожденным оперативных вмешательств из КСГ st10.001 «Детская хирургия (уровень 1)» в период пребывания в стационаре в связи с низкой и крайне низкой массой тела предполагается оплата по двум КСГ.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

При этом оплата по 2 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.

Оплата по двум КСГ осуществляется также 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;
* 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 двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

**3.10. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту**

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, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, 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, в соответствии с установленными способами оплаты.

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 соответствующей КСГ.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

**3.11. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

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

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара 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 и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание ШРМ 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 тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

## 3.12. Оплата медицинской помощи с применением методов диализа

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

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

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

Учитывая особенности оказания, пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении услуг диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных услуг, оказываемых в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

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

При этом стоимость услуги, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения.

Поправочные коэффициенты: КУС, КСЛП, КУ распространяются только на КСГ. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

Пример в условиях стационара:

*КСГ st18.002 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа».* Группа формируется исходя из соответствующих кодов МКБ 10 и кодов номенклатуры, обозначающих выполнение услуг, обеспечивающих доступ для диализа. При этом стоимость услуги, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения.

*КСГ st18.001 «Почечная недостаточность».* Группа включает острое и устойчивое нарушение функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек). При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения.

Пример в условиях дневного стационара:

*КСГ ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа».* Группа формируется исходя из соответствующих кодов МКБ 10 и кодов номенклатуры, обозначающих выполнение услуг, обеспечивающих доступ для диализа. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного (в связи с изданием [Приказа](consultantplus://offline/ref=ABC6827AEA58F8472984D6E026A29B013CB69D147BC02BFA9DEA03B25E74C69CE7AD58B086CBd2P7O) Минздрава СССР от 05.10.1988 № 750 приказ № 1030 от 04.10.1980 утратил силу, однако, в [письме](consultantplus://offline/ref=ABC6827AEA58F8472984D6E026A29B013BB69B13739D21F2C4E601B5512BD19BAEA159B384CB27d8P3O) Минздравсоцразвития России от 30.11.2009   
№14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом № 1030) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной истории болезни), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме услуг диализа, проводимого лечения в полном объеме, направленного на профилактику осложнений, помимо процедур диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи целесообразно учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения полном объеме услуг диализа, качества медицинской помощи оценивается на основе порядка оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

В случае проведения заместительной почечной терапии:

- методом гемодиализа (низкопоточного, высокопоточного), гемодиафильтрации за единицу оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях принимается услуга (процедура) гемодиализа;

- методом перитонеального диализа за единицу оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях принимается услуга (день обмена) перитонеального диализа.

Оплата случаев заместительной почечной терапии (далее – ЗПТ) независимо от метода диализа и условий оказания медицинской помощи будет производиться за количество фактически выполненных услуг в течение одного календарного месяца.

В реестрах счетов в поле «код способа оплаты медицинской помощи» во всех случаях указывается **«28» - за медицинскую услугу** (в разделе «Сведения о случае»).

С целью корректного учета случаев проведения ЗПТ в обязательном порядке показываются сведения о количестве фактически выполненных услуг в течение календарного месяца. При этом, в случае проведения ЗПТ методом перитонеального диализа количество дней обмена (количество услуг) не должно превышать количество календарных дней месяца.

Информация о проведенной процедуре ЗПТ каждого типа (одинаковый код услуги) передается с помощью раздела «Сведения об услуге».

В поле «код услуги» указывается код в соответствии с Номенклатурой лечебно-диагностических услуг на 2020 год, в поле «Количество оказанных услуг» проставляется количество фактически оказанных услуг в течение календарного месяца.

В случаях проведения заместительной почечной терапии:

- в условия дневного стационара в поле «вид медицинской помощи» указывается «первичная специализированная медико-санитарная помощь» (код 13) или «специализированная медицинская помощь» (код 31) в зависимости от лицензии;

- в амбулаторных условиях в поле «вид медицинской помощи» указывается «первичная специализированная медико-санитарная помощь» (код 13).

Приложением № 15 к Тарифному соглашению от 30.12.2019 г. установлены базовые тарифы на оплату услуг гемодиализа (код услуги A18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающий в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифы на услуги установлены дифференцированно по методам диализа (гемодиализ, гемодиафильтрация, перитонеальный диализ). При этом, учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий и уровней его оказания.

Для оплаты услуг диализа к **базовым тарифам 4 500,0** руб. на услугу гемодиализа (код услуги – A18.05.002) и **3 555,0** руб. на услугу перитонеального диализа (код услуги – А18.30.001), применяются коэффициенты относительной затратоёмкости согласно приведенной ниже таблице:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код услуги | Наименование услуги | Условия оказания | Единица оплаты | Коэфф. относит. затратоемкости | Тариф услуги, руб. |
| 1 | A18.05.002 | Гемодиализ | Не исп. | услуга | 1,0 | **4 500,0** |
| 2 | A18.05.002.002 | Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный | Амбул  Днев. Стац. | услуга | 1,0 | **4 500,0** |
| 3 | A18.05.002.001 | Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный | Амбул  Днев. Стац. | услуга | 1,05 | **4 725,0** |
| 4 | A18.05.011 | Гемодиафильтрация | Амбул  Днев. Стац. | услуга | 1,08 | **4 860,0** |
| 5 | A18.30.001 | Перитонеальный диализ | Амбул | Услуга - день обмена | 1,0 | **3 555,0** |

«В случаях проведения процедур гемодиализа, гемодиафильтрации, перитонеального диализа в период оказания пациенту медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара по основному заболеванию, *в том числе при необходимости сочетания с КСГ st 18.002 «Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа» и ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа»*, медицинская услуга по заместительной почечной терапии не рассматривается как случай пересечения сроков лечения и предъявляется на оплату медицинской организацией, проводившей процедуру диализа».

**3.13. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»**

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

**3.14. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»**

Средние нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «Онкология», утвержденные Программой, включают случаи лечения пациентов (взрослые и дети) со злокачественными новообразованиями (С00-С97) и новообразованиями in situ (D00-D09), в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При этом в указанные нормативы включены все виды специфического противоопухолевого лечения: хирургическое лечение, лекарственная терапия (включая лечение фебрильной нейтропении, агранулоцитоза вследствие проведения лекарственной терапии, а также установку, замену порт системы (катетера) для лекарственной терапии), лучевая терапия, лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией.

Случаи КСГ st27.014 и ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования», а также случаи КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» включаются в нормативы объема медицинской помощи по профилю «Онкология» в случае, если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю «Онкология». Случаи госпитализации в рамках оказания медицинской помощи по иным профилям (в том числе «Терапия») не включаются в нормативы, установленные по профилю «Онкология».

Оплата медицинской помощи в отделениях хирургического профиля, а также курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым и детям) с онкологическими заболеваниями, осуществляется на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, в том числе в условиях дневного стационара.

Средние коэффициенты относительной затратоемкости КПГ «Онкология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология» и специализированной медицинской помощи, включенной в КПГ «Детская онкология».

КПГ «Онкология» круглосуточного стационара включает 61 КСГ, в том числе 26 КСГ для случаев хирургического лечения, 13 КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), 3 КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, 10 КСГ для лучевой терапии, 7 КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, 1 КСГ для лечения фебрильной нейтропении, агранулоцитоза, возникших вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований и 1 КСГ для установки (замены) порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований.

КПГ «Онкология» дневного стационара включает 36 КСГ, в том числе   
2 КСГ для случаев хирургического лечения, 13 КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), 3 КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, 10 КСГ для лучевой терапии, 5 КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, 1 КСГ для установки (замены) порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований, 1 КСГ для случаев госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ, 1 КСГ ds 19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования».

Формирование КСГ и расчет коэффициентов относительной затратоемкости КСГ по профилю «Онкология» для случаев лечения пациентов со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выполнены в соответствии с моделями диагностики и лечения пациентов в составе проектов стандартов медицинской помощи, разработанных на основании утвержденных Ассоциацией онкологов России клинических рекомендаций по профилю «Онкология» и размещенных на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (cr.rosminzdrav.ru).

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

## 3.15. Особенности группировки случаев в условиях дневного стационара

Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном.

Справочник кодов МКБ 10 для дневного стационара содержит практически все болезни и проблемы, связанные со здоровьем, оплата лечения которых осуществляется за счет средств ОМС. Лечение многих болезней на интенсивном этапе в дневном стационаре не может проводиться, однако, это не исключает долечивания в условиях дневного стационара.

**3.16. Особенности формирования отдельных КСГ**

Применять в соответствии с пунктом 8 «Особенности формирования отдельных КСГ» Инструкции ФФОМС.

**3.17.** При оказании в приемном отделении медицинских организаций медицинской помощи, не требующей госпитализации, и при наблюдении за состоянием здоровья пациента до 6 часов после проведенных лечебно-диагностических мероприятий, данный вид услуги оформляется как одно «посещение по неотложной медицинской помощи» в пределах объемов по неотложной медицинской помощи, утвержденных комиссией по разработке Территориальной программы ОМС, и при наличии лицензии по профилю «неотложная помощь» или как одно «посещение» по основному профилю оказанной медицинской помощи в пределах объемов, утвержденных комиссией по разработке Территориальной программы ОМС.

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в медицинской документации в установленном порядке. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований и лечебных мероприятий при оказании неотложной помощи.

**3.18.** Случай выявления туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания у пациента, госпитализированного в медицинские организации сферы ОМС КБР с другим предварительным диагнозом, подлежит оплате в соответствии с кодом КСГ «Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания».

**3.19.** Все случаи летального исхода (в том числе в случае досуточной летальности) подлежат внесению в реестр счетов на оплату оказанной медицинской помощи и подлежат 100% экспертизе качества медицинской помощи.

**3.20.** При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в случаях прерванного лечения и применении тарифа прерванного лечения код и наименование результата обращения за медицинской помощью должен быть указан в соответствии с классификатором V009 один из следующих:

- переведён в др. ЛПУ (код 102, 202);

- переведён на другой профиль коек (код 104, 204);

- умер (код 105, 205);

- лечение прервано по инициативе пациента (код 107, 207) – при согласовании с лечащим врачом;

- лечение прервано по инициативе ЛПУ (код 108, 208);

- самовольно прерванное лечение (код 110) – без согласования с лечащим врачом.

Недопустимо указывать результат обращения за медицинской помощью –«выписан» в случаях прерванного лечения и применения тарифа прерванного лечения.

**3.21.** Госпитализацию беременных до 18 лет при наличии сопутствующей патологии осуществлять в стационары общей сети.

Оплату случаев оказания стационарной помощи беременным в возрасте от 11 до 18 лет по всем профилям производить медицинским организациям, имеющим соответствующую лицензию, независимо от наличия лицензии по профилю «педиатрия».

**3.22.** Стоимость случая оказания специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, рассчитывается умножением базового тарифа на все применяемые коэффициенты (коэффициент затратоемкости, коэффициент уровня/подуровня стационара, управленческий коэффициент, КСЛП (с учетом пункта 3.6.)).

**4. Оплата скорой в том числе скорой специализированной, медицинской помощи**

В соответствии законодательством в сфере охраны здоровья скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Оплата за скорую медицинскую помощь, оказанную 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 (оплата за вызов скорой медицинской помощи используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Кабардино-Балкарской Республики).

В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включаются расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным за пределами КБР.

Оплата скорой медицинской помощи по подушевому финансированию осуществляется ежемесячно в размере 1/12 от запланированных расходов на финансирование скорой медицинской помощи.

При формировании счетов и реестров счетов на оплату скорой медицинской помощи, вне зависимости от применяемого способа оплаты, в реестрах счетов отражаются все единицы объёма с указанием размеров установленных тарифов.

При этом, при формировании счетов по подушевому нормативу финансирования, в реестрах по скорой медицинской помощи стоимость оказанной медицинской помощи указывают равной 0.

При проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП медицинской помощи неоплата или неполная оплата медицинских услуг, а также взыскание с медицинской организации штрафов осуществляется СМО в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение № 24 к Тарифному соглашению от 30.12.2019 года).

Сумма, принятая к оплате СМО по счету от МО, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования при оказании скорой медицинской помощи, не должна превышать сумму, утвержденную по подушевому нормативу финансирования для данной МО за отчетный период.

Уменьшение оплаты по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи для медицинских организаций, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, производится со стоимости единицы объема медицинской помощи – вызова скорой медицинской помощи, утвержденного Тарифным соглашением от 30.12.2019 года.

Исправленные реестры при оплате скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования предъявляются страховым медицинским организациям в утвержденном порядке.

Проведение МЭК исправленных счетов и реестров счетов при оплате по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи осуществляется аналогично МЭК основного счета и реестра счета.

При этом СМО необходимо учитывать, что сумма, принятая к оплате по исправленному счету, не может превышать сумму, снятую по результатам МЭК основного счета.

При превышении суммы, предъявленной к оплате в исправительном счете, снятие производить по коду 5.3.2. Перечня 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 в медицинских организациях сферы ОМС Кабардино-Балкарской Республики – предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы.

В реестрах счетов по скорой медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу финансирования, и оказанной гражданам, застрахованным в КБР, указывать способ оплаты – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (код 36).

В реестрах счетов по скорой медицинской помощи, оказанной с применением тромболизиса и скорой медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами КБР, указывать способ оплаты – вызов скорой медицинской помощи (код 24).

**5. Оплата случаев оказания медицинской помощи новорожденным**

Оплата случая оказания медицинской помощи новорожденному, осуществляется страховой медицинской организацией, в которой новорожденный застрахован на момент завершения лечения.

**6. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов**

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктовосуществляется ежемесячно в размере 1/12 от запланированных расходов на финансирование фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение № 10 к Тарифному соглашению от 30.12.2019 года).

**7. Правила округления стоимости медицинской помощи**

При контроле стоимости случая оказанной медицинской помощи руководствоваться математическим правилом округления до целого числа полученного значения суммы после окончательного перемножения базового тарифа на все коэффициенты (коэффициент затратоемкости, коэффициент уровня/подуровня стационара, управленческий коэффициент, КСЛП (с учетом пункта 3.6.), коэффициент, утвержденный при оказании медицинской помощи средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием,) и учета необходимого % от тарифа при прерванном случае лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара.