

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по реализации Московской областной программы обязательного
медицинского страхования на 2023 год

г. Красногорск

29 декабря 2022 г.

I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2023 год (далее – Тарифное соглашение) разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», постановлением Правительства Московской области от 30.12.2022 № 1499/48 «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО), в лице министра здравоохранения Московской области Сапанюка Алексея Ивановича;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), в лице директора Даниловой Людмилы Павловны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Суслоновой Нины Владимировны,

Ассоциацией «Врачебная палата Московской области», в лице Председателя Правления Лившица Сергей Анатольевича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице заместителя директора по экономике ОМС Московской дирекции АО Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Алексеевой Юлии Анатольевны,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

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

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

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

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

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

Понятия «случай госпитализации», «клинико-статистическая группа заболеваний» (далее – КСГ), «оплата медицинской помощи по КСГ», «базовая ставка», «коэффициент относительной затроемкости», коэффициент специфики оказания медицинской помощи, «коэффициент уровня медицинской организации», «коэффициент подуровня медицинской организации», «коэффициент сложности лечения пациентов» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Прерванный случай оказания медицинской помощи - случаи прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложениях 9в и 11в к Тарифному соглашению;

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

К первому уровню относятся медицинские организации (структурные подразделения), оказывающие первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, оказываемую медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами).

Ко второму уровню относятся медицинские организации (структурные подразделения), оказывающие первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, оказываемую медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами.

К третьему уровню оказания медицинской помощи относятся медицинские организации (структурные подразделения), оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

При определении тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, применяются подходы, предусмотренные приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н

«Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», в рамках объемов медицинской помощи, выделенных Комиссией по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия).

II. Способы оплаты медицинской помощи

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

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках годового объема и финансового обеспечения предоставляемой в рамках Программы ОМС конкретной медицинской организации медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного решением Комиссии, с разбивкой по кварталам (далее – плановый объем медицинской помощи).

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

1 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

2 - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), используемого:

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Московской области;

- при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, а также молекулярно-генетических исследований и

патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- при оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией, и источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 9в, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за

услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно 11в, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

– по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой

лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов).

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

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

2.2. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении № 1б к Тарифному соглашению.

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

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов включает в себя также объем средств на оплату медицинской помощи в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах в неотложной форме и оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

2.5. Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), посещений медицинских работников со средним образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием (за исключением, финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов), а также медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилям «Терапия», «Педиатрия», «Неврология», «Хирургия», «Детская хирургия», «Общая врачебная практика» и «Лечебное дело», услуг по молекулярно-биологическому исследованию отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека, исследование биологического материала на вирус гриппа,

услуг маммографии, флюорографии, услуг за описание и интерпретацию изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических изображений, медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинские услуги), а также иные лабораторно-диагностические исследования, тарифы на которые установлены таблицей 3 приложения № 6б к Тарифному соглашению.

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилям, не входящим в подушевое финансирование, медицинской помощи в неотложной форме (за исключением, оказанной в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, финансовое обеспечение которой осуществляется в пределах финансового обеспечения, установленного приложение 1д), медицинской помощи по профилю «Стоматология», в том числе медицинской помощи, оказанной медицинскими работниками со средним образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием, диспансеризации, в том числе углубленной, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, диспансерного наблюдения взрослых пациентов, услуг скрининга онкологических заболеваний, услуг по проведению компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфических исследований, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, иммуногистохимических, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР, комплексных услуг по пренатальной диагностике нарушений внутриутробного развития плода 1 и 2 этапов, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, услуг диализа, стресс эхокардиография с физической нагрузкой, услуги аудиологического скрининга детей 1 года жизни (2 этап) и других методов аудиометрии, первичной специализированной медицинской помощи оказываемой выездными бригадами, а также медицинских услуг, проводимых в консультативно-диагностических центрах, ЦАОП (в части посещений и обращений по заболеванию, эндоскопических исследований, услуг по проведению компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала

с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), и центрах здоровья.

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц без контроля объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) осуществляется финансовое обеспечение услуг рентгенденситометрии, проведения анестезии, забора биоптатов и других услуг в соответствии с разделом «Прочие услуги» таблицы 1 приложения 6б «Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации», а также услуг, проводимых ЦАОП (в части услуг, связанных с лабораторно-диагностическими исследованиями, ультразвуковыми исследованиями, не связанными с исследованием сердечно-сосудистой системы, рентгенологическими методами исследования и услуг из раздела «Прочие услуги» приложения 6ж).

Расчет размера среднего подушевого норматива финансирования, базового подушевого норматива и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется ежеквартально.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, установленные в Приложении № 5 к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают рассчитанный для каждой медицинской организации коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий, половозрастной состав обслуживаемого населения, наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч, и расходов на их содержание и оплату труда персонала.

2.6. Подушевое финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие

медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), представлен в Приложении № 1а.1 к Тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации по всем видам и условиям оказания медицинской помощи не включаются расходы на:

- на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР;

- на финансовое обеспечение диспансеризации, в том числе углубленной, профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядка проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, оплачиваемых за единицу объема;

- на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

- на финансовое обеспечение диспансерного наблюдения взрослых пациентов;

- на финансовое обеспечение медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц без контроля объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) осуществляется финансовое обеспечение проведения анестезии, забора биоптатов и других услуг в соответствии с разделом «Прочие услуги» таблицы 1 приложения бб «Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации», а также услуг, проводимых ЦАОП в части услуг, связанных с лабораторно-диагностическими исследованиями, ультразвуковыми исследованиями, не связанными с исследованием сердечно-сосудистой системы, рентгенологическими методами исследования и услуг из раздела «Прочие услуги» приложения бж).

Размер подушевого финансирования указанных медицинских организаций представлен в приложении № 5а к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы, установленные в Приложении № 5а к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают рассчитанный для каждой медицинской организации коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий, половозрастной состав обслуживаемого населения, наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч, и расходов на их содержание и оплату труда персонала.

Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется по итогам работы за квартал в следующем квартале.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены в Приложении № 15 к Тарифному соглашению.

2.7. Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями за проведение следующих услуг:

- при нахождении пациента в амбулаторных условиях: маммографии, флюорографии, услуг по молекулярно-биологическому исследованию отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (далее – исследование на ВПЧ), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач/фельдшер - пациент) и дистанционного наблюдения за пациентом (врач/фельдшер - пациент), отдельных осмотров врачей специалистов, проводимых в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

- при нахождении пациента как в амбулаторных условиях, так и в условиях круглосуточного или дневного стационаров: услуг по исследованию биологического материала на вирус гриппа, услуг по проведению лабораторно-диагностических исследований, отраженных в разделе «Лабораторно-диагностические исследования» приложения бб, консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), услуг, связанных с описанием и интерпретацией изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических снимков.

При этом при проведении контрольно-экспертных мероприятий случаи оказания консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), услуг, связанных с описанием и интерпретацией изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических снимков, услуг по исследованию биологического материала

на вирус гриппа, услуг по проведению лабораторно-диагностических исследований, отраженных в разделе «Лабораторно-диагностические исследования» приложения 6б, участвующих в межучрежденческих расчетах, и проведенные в амбулаторных условиях, представляют собой консультации (медицинские услуги) в другой медицинской организации, и соответственно не являются основаниями для применения санкций в соответствии с п. 1.10.5 Перечня основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь, в реестре счетов в поле «МСОД OUT» указывает код медицинской организации, выдавшей направление (или запросившей телемедицинскую консультацию), номер и дату выдачи направления.

В случае оказания консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач/фельдшер - пациент) и дистанционного наблюдения за пациентом (врач/фельдшер - пациент) счет выставляется на оплату при условии, что случай зафиксирован в информационной системе в соответствии с Распоряжением № 53-Р «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Московской области» (в редакции изменений).

Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложениях № 6б к Тарифному соглашению.

Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

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

- посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета;

- консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями и заведующими отделениями поликлиник, врачебные консилиумы, кроме консультаций (консилиумов) врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, а также консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер)/(врач - врач (консилиум врачей));

- консультации амбулаторных больных врачами стационаров;

- случаи оказания медицинской помощи на учебно-спортивных мероприятиях;

- случаи оказания медицинской помощи застрахованным лицам, получившим повреждение здоровья вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, признанные Фондом социального страхования Российской Федерации;

- медицинская помощь, оказанная военнослужащим, аттестованному составу министерств и ведомств, в которых действующим законодательством Российской Федерации предусмотрена воинская и приравненная к ней служба;

- обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

- повторные посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением случаев повторного обращения для оказания неотложной медицинской помощи, повторного обращения в другие медицинские организации с целью консультации, определения показаний к госпитализации, операции;

- медицинские осмотры для медицинского освидетельствования на право управления автомобилями и маломерными судами, на получение разрешения на приобретение и ношение оружия.

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

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

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

Неотложная медицинская помощь может оказываться фельдшерами в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи¹.

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

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

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

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

Рекомендуемая средняя кратность УЕТ в одном посещении - 4,2.

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

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

Один визит пациента является одним посещением.

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

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

Учет количества обращений - законченных случаев оказания стоматологической помощи – учитывается при выставлении в отчетном месяце у пациента 2-х и более медицинских услуг с кодом «В», по каждому заболеванию

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

(диагноз по МКБ-10), с набором услуг «А» по одному профилю медицинской помощи.

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

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

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

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

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

2.9. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) услуг (приложение бб «Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации»), осуществляется при наличии направления от лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, необходимо использовать показатели по агрегированным посещениям.

При переводе объемов медицинской помощи, учитываемых как обращения в связи с заболеванием, в агрегированные посещения используется переводной коэффициент в размере 2,6.

При этом контроль объемов по агрегированным посещениям для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, по профилям медицинской помощи, включенным в подушевое финансирование, осуществляется отдельно от агрегированных посещений по профилям, не входящим в подушевое финансирование.

2.10. КТ и МРТ исследования могут включать в себя обследование одной или нескольких анатомических областей (органов).

Оказание и оплата услуг КТ и МРТ осуществляется в соответствии с Приказом МЗ МО при наличии направления от лечащего врача, по форме № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам,

имеющим право на получение набора социальных услуг» при наличии медицинских показаний.

2.10.1. КТ и МРТ без использования контрастного вещества.

Тариф на одно исследование представляет собой исследование одной анатомической области (органов, входящих в одну анатомическую область). Сканирование двух и более анатомических областей (органов, входящих в разные анатомические области) учитывается как два и более самостоятельных исследования. Данные случаи подлежат дальнейшим контрольно-экспертным мероприятиям.

Под анатомической областью в целях Тарифного соглашения понимается условно выделенная часть тела, имеющая характерный план послойного строения (голова, шея, грудь, живот, таз, верхняя конечность, нижняя конечность, спина).

2.10.2 КТ и МРТ с использованием контрастного вещества.

В случае направления пациента на:

1 - исследование одной анатомической области (органов, входящих в одну анатомическую область):

- применяется один тариф с контрастом в случае выполнения одного из исследований (КТ или МРТ);

- применяется один тариф с контрастом и один без контраста в случае выполнения КТ с контрастом и МРТ с контрастом;

2 - исследование двух анатомических областей (органов, входящих в разные анатомические области) применяется один тариф с контрастом и один без контраста;

3 - исследование n-го количества анатомических областей (органов, входящих в разные анатомические области) применяется один тариф с контрастом и n-1 без контраста.

2.11. Оплата комплексных медицинских услуг (далее – КПМУ) производится только при выполнении обязательного набора простых медицинских услуг, отражаемых в первичной медицинской документации и реестре персональных счетов. Медицинские услуги, входящие в состав КПМУ, не могут быть предъявлены к оплате отдельным персональным счетом в период лечения по соответствующей КПМУ.

2.12. Оплата комплексных медицинских услуг, выполняемых медицинскими организациями в приемно-диагностических отделениях пациентам, не имеющим оснований для госпитализации, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6г к Тарифному соглашению при оказании медицинской помощи по следующим диагнозам МКБ-10:

КПМУ в приемно-диагностических отделениях пациентам, не имеющим оснований для госпитализации	Код МКБ-10
--	------------

Код услуги	Краткое наименование услуги	
B01.047PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Терапия)	D12-13, D14-D16, D19-D20, D36-D38, D48-D75, D80, D82, D84, E10-14, I10-I20, I25, I34-I36, I39, I50-I51, I85-I86, I95, J00-J11, J40-J70, J82-84, J90-J92, J94, J96-J99, K20-31, K50-K52, K59, K70-K71, K74- K77, K86, L50, N11, N30, T78, Z02
B01.050PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Травматология)	M15-M19, M21-M25, M95, R26.2, R29.4, R93.6, R93.7, S06.00, S09.7, S19.8-19.9, S22.30, S22.50,-S22.90, S23.4, S23.5, S29.0, S30, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S62-S63, S66, S69.7, S73, S76, S83, S86, S92-S93, S96, S99.8-S99.9, T02, T09, T11, T13-T14, T84, T90-T94, G56.0, D48.0, Z96.6
B01.057PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Хирургия)	D18, D19.7, D19.9, D21, D23, D 29, D48, I88-I89, I97.2, L60.0, L72.0, L72.1, L72.9, L73.2, L89.0-L89.2, L89.9, L97, L98.4, N61-N62, N64, Q83.0, Q83.2, Q83,8, Q83.9, R10.4, R12, R15, R18-R19, R59, S00-S01, T00-T01, T11.1-T11.4, T11.8-T11.9, T13.0-T13.1, T13.4, T13.8-T13.9,T14.0-T14.1, T14.4-T14.6, T14.8-T14.9, T17.1, T18, T95, K40.2, K40.9, K42.9, K43.2, K43.5, K43.9, K44.9, K45.8, K57.3, K58, K62, K64, K66.0, K80.2, K80.5, K81.1, R04, K 20-31, K 50-52, K57-59, K70-71, K74-77 Урология: N13.3, N20-N23, N30-N32, N34.0- N34.3, N39.3- N39.4, N39.8-N39.9, N40, N42.9, N43, N47, N48.0, N50.0- N50.1, N50.9, N99.5, N99.9, R32, R33
B01.001PO	Комплексный прием (осмотр, консультация) врача приемного отделения (Гинекология)	D25-D28, D39, E28, E89.4, I86.3, N70-N74, N75.0, N75.8, N75.9, N76-N77, N80-N99, Q99, R87, S30.2, S31.4, T19.2, T83.3, Z31.4-Z31.9

Обязательным условием для оплаты является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 и выполнение не менее 60% от суммарной частоты применения всех входящих в КПКМУ уникальных услуг. Учет входящих в комплексный прием уникальных услуг более одного раза недопустим.

2.13. Оплата медицинских услуг, оказываемых детским мобильным комплексом, по тарифам, установленным приложение № би к Тарифному соглашению, осуществляется только в случае выполнения всех медицинских услуг, входящих в комплексную услугу (в случае установленной частоты в размере 1). В случае если отдельные диагностические услуги, входящие в комплексную услугу, не выполнены, к оплате следует выставлять медицинскую помощь по тарифу, установленному приложение бб к Тарифному соглашению.

2.14. КПКМУ по профилю «Медицинская реабилитация», содержащиеся в приложении № 6в к Тарифному соглашению, включают в себя набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации, но не менее 10 посещений. За одно посещение принимается один день посещения пациентом медицинской организации с целью прохождения медицинской реабилитации.

Прерванные случаи оказания КПКМУ по профилю «Медицинская реабилитация» в объеме не менее 5 посещений подлежат оплате по тарифам, установленным приложением № 6в.

Прерванные случаи оказания КПКМУ по профилю «Медицинская реабилитация» (менее 5 посещений) подлежат оплате как разовые приемы (осмотры, консультации) профильного специалиста (приложение № 6а).

При предъявлении к оплате комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» в реестре счетов в обязательном порядке отражаются отдельные медицинские услуги, входящие в комплексное посещение:

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
RA21.01.001	Массаж (ручной, аппаратный, лимфодренажный)
RA20.30.010	Гидромассаж
RA13.23.004	Логопедическая коррекция (Медико-логопедическая процедура при дисфагии)
RA13.23.005	Логопедическая коррекция (Медико-логопедическая процедура при афазии)
RA13.23.006	Логопедическая коррекция (Медико-логопедическая процедура при дизартрии)
RA14.30.018	Обучение применению вспомогательных устройств (ходунки, коляска и др. технические средства реабилитации)
RA15.03.007	Шинирование верхней конечности
RB00.00.001	Осмотр врача физической и реабилитационной медицины (ФРМ) (невролог/кардиолог/травматолог/терапевт/врач физиотерапевт/врач ЛФК)
RB00.00.013	Первичный осмотр логопеда
RB00.00.014	Повторный осмотр логопеда
RB00.00.015	Инструментальная логопедическая диагностика
RB00.00.016	Физиотерапия (аппаратная, гидротерапия, теплолечение, ингаляция и др.)
RB00.00.020	Механотерапия (пассивная, активная, с биологически обратной связью (БОС), роботизированная, с дополненной виртуальной реальностью)
RB00.00.028	Ортезирование
RB01.023.001	Первичный осмотр невролога
RB01.031.001	Первичный осмотр педиатра
RB01.037.001	Первичный осмотр пульмонолога
RB01.002.001	Первичный осмотр аллерголога-иммунолога
RB01.050.001	Первичный осмотр врача травматолога-ортопеда
RB01.057.001	Первичный осмотр врача хирурга
RB01.070.009	Первичный осмотр психолога
RB01.034.001	Первичный осмотр психотерапевта
RB01.070.010	Повторный осмотр психолога
RB01.034.002	Повторный осмотр психотерапевта
RB03.020.001	Лечебная физкультура (групповая, индивидуальная, консультирование, в зале, в бассейне)

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги
RB05.069.006	Индивидуальные занятия с логопедом (в том числе тренировки с использованием биологически-обратной связи (БОС))
RB01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога
RA13.29.007.001	Индивидуальная психологическая коррекция (в том числе тренировки с использованием биологически-обратной связи (БОС))

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2023 № 81н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядка предоставления пациенту медицинских изделий и порядка оплаты медицинской реабилитации на дому» для пациентов всех реабилитационных профилей со значением по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) 3 балла предусмотрена возможность проведения медицинской реабилитации на дому.

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи, оказанной пациенту на дому по профилю «Медицинская реабилитация», является проведение 10 реабилитационных занятий, с промежутком между занятиями не более 48 часов, в том числе с применением телемедицинских консультаций.

Перечень медицинских услуг, оказываемых пациенту на дому по профилю «Медицинская реабилитация», аналогичен перечню медицинских услуг по профилю «медицинская реабилитация», оказываемых в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи, оказанной пациенту на дому по профилю «Медицинская реабилитация», осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», оказываемой в амбулаторных условиях (приложение № 6в к Тарифному соглашению), при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи в поле «NHISTORY» необходимо перед номером истории болезни указывать признак «DOM».

2.15. Учет и оплата медицинской помощи в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

Оплате в рамках одного календарного года подлежит 1 профилактический медицинский осмотр или 1 случай диспансеризации, выполненные одному пациенту (не считая углубленной диспансеризации).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и

осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

Профилактический медицинский осмотр включает в себя:

1) анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях:

сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта;

определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности; проведение для лиц с выявленными факторами риска краткого индивидуального профилактического консультирования в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья и (или) врачом-терапевтом;

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

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

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

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

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

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

7) определение абсолютного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год (сердечно-сосудистый риск определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы);

8) флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года (не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки);

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

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

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

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

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

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

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

2.16. Учет и оплата медицинской помощи в рамках проведения диспансерного наблюдения.

Количество случаев проведения диспансерного наблюдения определяется порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Диспансерное наблюдение за взрослыми осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка

проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

Первое посещение в году для проведения диспансерного наблюдения учитывается как профилактический медицинский осмотр или диспансеризация.

В случае осуществления диспансерного наблюдения за пациентом, имеющего несколько хронических заболеваний, входящих в один класс МКБ-10, оплате подлежит одно комплексное посещение по диспансерному наблюдению.

2.17 В соответствии с Программой ОМС в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также иные граждане по их инициативе вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложением № 4 к Программе.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 8б к Тарифному соглашению:

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, входящих в комплексное посещение.

Оплата приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики) и проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц.

2.18. Оказание медицинских услуг, связанных с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с распоряжением МЗ МО от 19.05.2020 № 53-Р «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Московской области».

Оплата медицинских услуг, связанных с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, включена в подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

При этом оплата медицинской услуги А13.29.009.2а «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в амбулаторных условиях», А13.29.009.2st «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в условиях круглосуточного или дневного стационаров», А13.29.009.3 «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (врач - пациент)», А13.29.009.3.1Р «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (фельдшер - пациент, за исключением консультации с применением телемедицинских технологий в Фапе)», А13.29.009.3.1F «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (фельдшер - пациент, консультация с применением

телемедицинских технологий в Фапе)», А13.29.009.4 «Дистанционное наблюдение за пациентом (врач-пациент)» и А13.29.009.4.1Р «Дистанционное наблюдение за пациентом (фельдшер-пациент, за исключением дистанционного наблюдения в Фапе)», А13.29.009.4.1F «Дистанционное наблюдение за пациентом (фельдшер-пациент, дистанционное наблюдение в Фапе)» осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов в соответствии с пунктом 2.6 Тарифного соглашения.

Медицинские услуги А13.29.009.2а «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в амбулаторных условиях», А13.29.009.2st «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер) при нахождении пациента в условиях круглосуточного или дневного стационаров» используются только в случае консультации другой медицинской организации (другого юридического лица). Код медицинской организации в поле «МСOD OUT» не должен совпадать с кодом медицинской организации, выставившей счет. Данное поле является обязательным для заполнения.

2.19. Оплата медицинской помощи в ЦАОП.

Тарифы для медицинской помощи, оказываемой в ЦАОП, установлены приложением №6ж «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые центрами амбулаторной онкологической помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» и используются при оказании медицинской помощи пациентам с диагнозами по МКБ-10 С., D., Z03.1 и Z08 в медицинских организациях, на базе которых открыты ЦАОП в соответствии с приказами МЗ МО.

Оплата отдельных диагностических (лабораторных) услуг, оказываемых в ЦАОП, осуществляется при наличии направления от лечащего врача ЦАОП, при наличии медицинских показаний.

2.20. При длительном лечении (более одного месяца) в амбулаторных условиях возможно формирование реестров счетов и оплата оказанной медицинской помощи за конкретный отчетный период (помесячно) как за обращение по поводу заболевания (при наличии двух или более посещений) в текущем месяце.

2.21. Тариф на патолого-анатомические исследования с целью выявления онкологических заболеваний представляют собой стоимость одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала вне зависимости от количества стекол.

2.21.1. В случае оказания амбулаторной медицинской помощи, связанной с исследованиями биологического материала (за исключением исследований, оплачиваемых в рамках межучрежденческих расчетов), во время нахождения пациента в условиях круглосуточного или дневного стационара (при условии совпадения класса МКБ-10 в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара) и пересечения даты забора биологического материала со сроком

госпитализации, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в рамках договорных отношений между медицинскими организациями.

2.22. В случае оказания медицинской помощи амбулаторно в одной медицинской организации во время пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара в другой медицинской организации (кроме дня поступления и выписки из стационара, исследований биологического материала на вирус гриппа, услуг по проведению лабораторно-диагностических исследований, отраженных в разделе «Лабораторно-диагностические исследования» приложения бб, консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) – врач/фельдшер), услуг, связанных с описанием и интерпретацией изображений флюорографии легких, маммографии, рентгенологических снимков, а также оказания медицинской помощи (консультаций) по заболеваниям, входящим в другой класс МКБ-10, в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме) случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях подлежат отклонению на этапе МЭК по коду дефекта 1.10.5, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в рамках договорных отношений между медицинскими организациями.

2.23. При подаче реестров счетов на оплату медицинской помощи, связанной с исследованиями ПЭТ-КТ, обязательным условием является заполнение поля «NUM_CONS», содержащего номер онкологического консилиума, на основании которого было назначено исследование при всех кодах МКБ-10 за исключением С34, С37.9, С38.1, С38.2, С38.3, С43, С51, С60.9, С63.2, С69.0, С00-С26, С30-С32, С52, С53, С77, С78, С79, С45.0, С45.1, С45.2, С45.7, С45.9, С76-С80, С81, С82, С83.3, С83.7, С85.2, С91.8, С84.5, С84.6, С84.7, С84.9, С86.0, С86.5, С90, С90.0, С90.1, С90.2, С90.3, С91.0, С91.5, С91.7, С91.8, С91.9, С83.5, С83.701), С91.1.

2.24. КПМУ «Посещение школы сахарного диабета», содержащиеся в приложении № 6в к Тарифному соглашению, включают в себя от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля, но не менее 5 посещений для взрослых и 10 посещений для детей и подростков. За одно посещение принимается один день посещения пациентом школы сахарного диабета.

Прерванные случаи оказания КПМУ «Посещение школы сахарного диабета» (менее 5 посещений для взрослых и 10 посещений для детей и подростков) подлежат оплате по тарифу на медицинскую услугу В03.047.002.2 «Посещение по общественному здоровью и организации здравоохранения (посещение школы здоровья)» (приложение № 6д).

2.25. Оплата комплексных медицинских услуг, связанных с оказанием медицинской помощи врачом-рефлексотерапевтом/по медицинской реабилитации/-физиотерапевтом в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6в к Тарифному соглашению.

Обязательным условием для оплаты является 100 % выполнение всех входящих в КПМУ уникальных услуг.

Прерванные случаи оказания КПМУ в объеме не менее 4 сеансов биорезонансной терапии (далее – БРТ) подлежат оплате по меньшему тарифу, наиболее соответствующему фактическому количеству проведенных сеансов БРТ.

Прерванные случаи оказания КПМУ (менее 4 сеансов БРТ) подлежат оплате по тарифам на КПМУ В01.041 «Комплексный прием врача-рефлексотерапевта/по медицинской реабилитации/-физиотерапевта с проведением электропунктурного вегетативного резонансного теста».

2.26. Оплата комплексных медицинских услуг, связанных с оказанием биорезонансной терапии в рефлексотерапии на дому, осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6в к Тарифному соглашению.

Обязательным условием для оплаты является 100 % выполнение всех входящих в КПМУ уникальных услуг.

Прерванные случаи оказания КПМУ в объеме не менее 4 сеансов БРТ подлежат оплате по меньшему тарифу, наиболее соответствующему фактическому количеству проведенных сеансов БРТ.

Прерванные случаи оказания КПМУ (менее 4 сеансов БРТ) подлежат оплате по тарифам на КПМУ В01.041 «Комплексный прием врача-рефлексотерапевта/по медицинской реабилитации/-физиотерапевта с проведением электропунктурного вегетативного резонансного теста».

2.27. Оплата комплексных медицинских услуг, выполняемых по профилю «Аллергология и иммунология», осуществляется по тарифам, установленным в приложении № 6в к Тарифному соглашению.

Обязательным условием для оплаты является выполнение не менее 70% от суммарной частоты применения всех входящих в КПМУ уникальных услуг.

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

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

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

При наличии схем лечения (при проведении лекарственной терапии у пациентов со злокачественными новообразованиями, а также при применении генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов), являющихся классификационными критериями, данные классификационные критерии являются приоритетными и отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом схемы лечения.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых

медицинских технологий, схем лечения (при проведении лекарственной терапии у пациентов со злокачественными новообразованиями, а также при применении генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов), являющихся классификационными критериями, данные классификационные критерии являются приоритетными и отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры или кодом схемы лечения, за исключением случаев оказания медицинской помощи пациентам с диагнозами U07.1 и U07.2 в сочетании с услугами, относящимся к КСГ «Родоразрешение» и «Кесарево сечение», отнесение которых осуществляется к КСГ с максимальным коэффициентом затратоемкости.

3.3. Особенности оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

3.3.1. *Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, в том числе:*

- 1 - в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2 - в случаях прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3 - в случаях изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар;
- 4 - в случаях перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5 - в случаях прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
- 6 - в случаях лечения, закончившихся летального исхода;
- 7 - в случаях оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- 8 - в случаях выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, указанным в приложении № 9в к Тарифному соглашению;
- 9 - случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.001 - st37.013, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением № 9а к Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н

(далее – Номенклатура медицинских услуг), и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ (за исключением КСГ st12.019, случаи по которым оплачиваются в размере 30% от стоимости КСГ, КСГ st37.001 - st37.013, случаи по которым оплачиваются в размере 20% от стоимости КСГ, а также случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 3.3.2);

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ (за исключением КСГ st37.001 - st37.013, случаи по которым оплачиваются в размере 50% от стоимости КСГ при длительности свыше 3 дней, но менее 70% от рекомендованной длительности и в размере 70% от стоимости КСГ при длительности 70% от рекомендованной длительности и выше, но менее рекомендованной, а также случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 3.3.2).

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

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

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

3.3.2. Оплата случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту старше 18 лет оплачивается по следующему порядку:

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

- если фактическое количество дней введения, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности свыше 3 дней, но менее длительности, предусмотренной схемой лечения, – 50% от стоимости КСГ.

3.3.3. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай до осуществления перевода подлежит оплате как прерванный.

При переводе пациента из одной медицинской организации после лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19 (st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)», st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)») в другую медицинскую организацию на долечивание по st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» в реестре счетов на оплату медицинской помощи в поле «RES_GOSP» указывается код 109 «Лечение продолжено». В данном случае оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом первый случай подлежит оплате как прерванный.

В случае перевода пациента в круглосуточном стационаре из одного профильного отделения в другое (один класс МКБ-10 и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания) в пределах одной медицинской организации, в том числе с целью проведения оперативного вмешательства, случай госпитализации подлежит учету в Реестре и оплачивается как один законченный случай по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением:

1) случаев лечения коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19, (st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)», st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)») и случаев долечивания по st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)», которые оплачиваются по двум КСГ, при этом случай лечения подлежит оплате аналогично прерванным случаям, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, а в реестре счетов на оплату медицинской помощи в поле «RES_GOSP» указывается код 109 «Лечение продолжено».

Для случаев долечивания пациента в той же медицинской организации обязательным требованием для оплаты по двум КСГ является ведение двух историй болезни (для случая лечения и случая долечивания).

Случай госпитализации по КСГ st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)», st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)») при условии последующего оказания медицинской помощи по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» подлежит оплате как прерванный.

Случаи оказания медицинской помощи, предъявленные на оплату медицинскими организациями по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» представляют собой следующий этап лечения, и соответственно не являются основаниями для проведения внеплановых медико-экономических экспертиз в соответствии с подпунктом 1 пункта 22 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

3.4. Оплата по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10:

1 - родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности с последующим родоразрешением в соответствии с пунктом 3.9.1;

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

3 - 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;

4 - 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));

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

6 - наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

7 - проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

8 - проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами. Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ не допускается. Также не допускается выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» с пересекающимися сроками лечения.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-8 пункта 3.4 раздела II Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 3.3.1 раздела II Тарифного соглашения.

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

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

При этом в случае госпитализации в круглосуточный стационар с последующим переводом в дневной стационар для оказания медицинской помощи, связанной с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов по подгруппам, выделенным в рамках КСГ ds36.014 – ds36.034, случаи оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара не относятся к прерванным и подлежат оплате в полном объеме.

Случаи оказания медицинской помощи, предъявленные на оплату по КСГ st36.027 – st36.047, ds36.014 – ds36.034, представляют собой следующий этап лечения, и соответственно не являются основаниями для проведения внеплановых медико-экономических экспертиз в соответствии с подпунктом 1 пункта 22 Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

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

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

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

- диагноз МКБ-10 соответствует диагнозу, указанному в стандартах специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы) и нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы), утвержденных приказами Минздрава России, соответственно, от 10.06.2021 № 612н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)» и от 02.03.2021 № 158н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST электрокардиограммы (диагностика, лечение и диспансерное наблюдение)», и стандартами специализированной медицинской помощи при субарахноидальных и внутримозговых кровоизлияниях и при инфаркте мозга, утвержденными приказами Минздрава России, соответственно, от 01.07.2015 № 395ан и от 29.12.2012 № 1740н и КСГ по профилю «Кардиология», «Сердечно-сосудистая хирургия» и профилю «Неврология» соответственно, а также при соответствии применяемой услуги Номенклатуре медицинских услуг.

Перечисленные условия учитываются при формировании нормативно-справочной информации для сдачи реестров счетов за оказанную медицинскую помощь.

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

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

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

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

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

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

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

3.7. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

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

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС,

осуществляется в пределах утвержденных плановых объемов медицинской помощи.

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

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи по ВМП, либо после оказания ВМП определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, и в рамках ВМП.

Предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

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

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

Для КСГ st37.001 - st37.013, st37.021 - st37.026 в условиях круглосуточного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента. При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

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.

В рамках КСГ st37.001 - st37.003 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3, 4, 5 баллов по ШРМ)» выделяются клинико-статистические подгруппы с иным классификационным критерием «гоб», связанные с применением роботизированной медицинской техники (роботизированная система для восстановления ходьбы с разгрузкой массы тела и с 2(3) ортезами, экзоскелет и /или экзокисть, роботизированная механотерапия с функциональной электростимуляцией для верхних и/или нижних конечностей с биологической обратной связью, роботизированная механотерапия с функцией СРМ (непрерывная пассивная мобилизация) и с биологической обратной связью).

В рамках КСГ st37.006 - st37.007 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4, 5 баллов по ШРМ)» выделяются клинико-статистические подгруппы с иным классификационным критерием «гоб», связанные с применением роботизированной медицинской техники (роботизированная механотерапия с функциональной электростимуляцией для верхних и/или нижних конечностей с биологической обратной связью, Роботизированная механотерапия с функцией СРМ (непрерывная пассивная мобилизация) и с биологической обратной связью для верхних и/или нижних конечностей, стабиллоплатформа с биологической обратной связью).

3.8.1. В рамках КСГ st37.005, st37.006 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3, 4 балла по ШРМ)» и st37.001 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)» выделяются клинико-статистические подгруппы с длительностью лечения 5 дней.

Отнесение к подгруппам в рамках КСГ st37.005, st37.006 и st37.001 с длительностью лечения 5 дней производится при наличии следующих обязательных критериев:

- возраст пациента – до 65 лет включительно;
- подтвержденный высокий реабилитационный потенциал;
- стадия компенсации хронических соматических заболеваний;
- медикаментозная терапия, не требующая коррекции.

Отнесение к подгруппам в рамках КСГ st37.005, st37.006 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (3, 4 балла по ШРМ)» осуществляется при соблюдении следующих условий:

- пациенты после эндопротезирования суставов конечностей, реконструктивных операций с неосложненным послеоперационным периодом;

- пациенты в раннем послеоперационном или подостром, или раннем восстановительном периодах (после выписки из профильного стационара);
- при необходимости назначения процедур репаративно-регенеративного действия и метода консультирования в лечебной физкультуре.

Отнесение к подгруппам в рамках КСГ st37.001 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (3 балла по ШРМ)» осуществляется при соблюдении следующих условий:

- пациенты с инсультом с моносиндромным течением с минимальным психомоторным дефицитом, в частности, с недостаточностью селективного движения и/или болевым синдромом установленного генеза;
- пациенты с отсутствием нарушений речи, атаксии, когнитивной правополушарной симптоматики;
- пациенты, находящиеся в позднем восстановительном периоде, т.е. в сроки более 6 месяцев с момента инсульта.

При направлении на госпитализацию пациентов для проведения медицинской реабилитации в рамках КСГ st37.005, st37.006 и st37.001 с длительностью лечения 5 дней обязательным условием является назначение физической терапии (физиотерапия, лечебная физкультура и т.д.) кратностью 2 раза в день в течение всего периода госпитализации.

3.9. Особенности оплаты медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

3.9.1. В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывания в этом отделении менее 6 дней с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата осуществляется по одной КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев, указанных в пункте 3.9.2 Тарифного соглашения.

В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывания в этом отделении 6 дней и более с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата одного пролеченного случая осуществляется по двум КСГ: st02.001.1 - st02.001.3 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003.1 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004.1 «Кесарево сечение».

3.9.2. В случае дородовой госпитализации в отделение патологии беременности и пребывания в этом отделении в течение 2 дней и более с последующим переводом в другое отделение для родоразрешения оплата одного пролеченного случая осуществляется по двум КСГ 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;

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

3.9.3. Случай госпитализации по КСГ st02.001.1 - st02.001.3 «Осложнения, связанные с беременностью» при условии последующего оказания медицинской помощи по КСГ st02.003.1 «Родоразрешение» или st02.004.1 «Кесарево сечение» подлежит оплате по следующим правилам:

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

- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости.

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

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

3.9.5. В рамках КСГ st02.003 «Родоразрешение» и st02.004 «Кесарево сечение» предусмотрены подгруппы st02.003.2 «Родоразрешение (МНН Атозибан) 1-3 этапы/2-3 этапы» и st02.004.2 «Кесарево сечение (МНН Атозибан) 1-3 этапы/2-3 этапы», включающие в том числе оказание медицинской помощи в отделении патологии беременности с применением лекарственного препарата с МНН «Атозибан» с 1 по 3 этапы введения лекарственного препарата или со 2 по 3 этапы.

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

3.11. Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ.

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

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

Код1 – ОРИТ и ПИТ менее суток;

Код2 – ОРИТ и ПИТ от суток до трех;

Код3 – ОРИТ и ПИТ более 3 суток.

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

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

3.13. Учет и оплата случаев в рамках реанимационных КСГ

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

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

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

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

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

Оценка по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

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

Градации оценок по шкале SOFA представлена в Методических рекомендациях.

3.14. Особенности формирования КСГ по профилю «Офтальмология»

Выполнение косметических процедур за счет средств ОМС не осуществляется. В связи с этим оплата по КСГ услуги А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

Кодирование медицинского вмешательства по коду услуги А16.26.093 «Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация» возможно только при наличии противопоказаний к имплантации интраокулярной линзы, отраженных в первичной медицинской документации.

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

Кодирование медицинского вмешательства по КСГ st21.006 «Операции на органе зрения (уровень 6)» по коду услуги А16.26.089 «Витреозэктомия» не допускается при проведении передней витреозэктомии - данные вмешательства должны кодироваться по КСГ st21.003 «Операции на органе зрения (уровень 3)» по коду услуги А16.26.089.001 «Витреэктомия передняя».

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

- st25.012.1 «Операции на сосудах (уровень 5.1)» (включает следующие медицинские услуги: А16.12.026.004 «Баллонная ангиопластика со стентированием подколенной артерии и магистральных артерий голени», А16.12.028 «Установка стента в сосуд», А16.12.028.001 «Механическая реканализация, баллонная ангиопластика со стентированием поверхностной бедренной артерии», А16.12.077 «Изолированная перфузия конечностей»;

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

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

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

- st25.012.5 «Операции на сосудах (уровень 5.5)» (включает следующие медицинские услуги: А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция» при диагнозах в соответствии с МКБ-10 за исключением I63);

- st25.012.6 «Операции на сосудах (уровень 5.6)» (включает следующие медицинские услуги: А16.23.034.013 «Локальная эндоваскулярная трансартериальная тромбэкстракция» при диагнозе МКБ-10 I63).

3.16. В рамках КСГ круглосуточного стационара выделяется подгруппа st36.004.2, предусматривающая оказание медицинской помощи (за исключением пациентов со злокачественными новообразованиями) с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС.

Кроме того, для оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей предусмотрены КСГ st19.090 - st19.093, предусматривающие оказание медицинской помощи с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС.

3.17. В рамках КСГ круглосуточного стационара, связанным с лечением коронавирусной инфекции COVID-19 выделяются клинико-статистические подгруппы, связанные в том числе с назначением генно-инженерных биологических препаратов, приобретенных за счет иных источников (за исключением средств ОМС) с применением иного классификационного критерия «cov1p»:

- КСГ st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)»;
- КСГ st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)»;
- КСГ st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)».

Кроме того, КСГ st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)» используется в случае неприменения при оказании медицинской помощи следующих лекарственных препаратов «тоцилизумаб», «олокизумаб», «левилимаб», «анакинра» или «сарилумаб» (в данном случае в качестве иного классификационного критерия используется «covbez1p»).

КСГ st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2) и КСГ st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)» используются в случае неприменения при оказании медицинской помощи генно-инженерных биологических препаратов («олокизумаб», «левилимаб», «сарилумаб», «тоцилизумаб», «канакинумаб», «анакинра» и другие, предусмотренные схемами лечения в соответствии с Временными методическими рекомендациями Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), при наличии противопоказаний у пациента к применению указанных препаратов (в данном случае в качестве иного классификационного критерия используется «covbez1p»).

3.17.1. Порядок кодирования случаев оказания медицинской помощи пациентам при наличии коронавирусной инфекции COVID-19.

Коды МКБ-10 U07.1 и U07.2 возможно использовать в качестве основного кода МКБ-10 только к КСГ, напрямую связанным с лечением/долечиванием коронавирусной инфекции COVID-19: st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)», st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)», st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)», st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2)», st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)», st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2)», st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание). При оказании медицинской помощи по иным КСГ в случае наличия у пациента коронавирусной инфекции COVID-19, коды МКБ-10 U07.1 и U07.2 используются в качестве сопутствующего заболевания.

3.18. В рамках КСГ st19.125 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)» выделяются подгруппы, связанные с назначением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

При этом случаи оказания медицинской помощи взрослым пациентам в условиях круглосуточного стационара, предусматривающие лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, подлежит оплате по КСГ st19.125 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)» с указанием схемы лекарственной

терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии» и иного классификационного критерия «dlo».

Отнесение к подгруппам КСГ случаев применения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) осуществляется на основании кода схемы лекарственной терапии, иного классификационного критерия, соответствующего дозировке (режиму) введения лекарственного препарата, представленного в таблице:

Код КСГ	Код схемы лекарственной терапии	Иной классификационный критерий	Количество дней введения в тарифе	Описание классификационного критерия (МНН лекарственного препарата,
st19.125.1	Схемы в соответствии с Расшифровкой для КСГ st19.125			
st19.125.2	sh9003	shdlo	-	Препарат получен за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС
st19.125.3	sh9003	shtrab	1	Трабектидин (Йонделис) 1,5 мг/м ² 1 раз в 3 недели

Дозировки лекарственных препаратов указаны в расчете на 1 случай госпитализации в соответствии с Инструкциями по применению лекарственных препаратов.

3.19. Случаи оказания медицинской помощи детям в условиях круглосуточного стационара, предусматривающие лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, подлежит оплате по КСГ st08.001.2 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети (уровень 2)» с указанием иного классификационного критерия «dlo».

3.20. Случаи оказания медицинской помощи при продолжении лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, в детской медицинской организации по схемам лекарственной терапии, описанным в клинических рекомендациях для возрастной категории, возможно предъявлять к

оплате по КСГ, относящимся к профилю «Детская онкология» (st08.001 – st08.003).

Данные случаи подлежат медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

3.21. Особенности оплаты медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей.

Не допускается предъявление к оплате нескольких случаев оказания медицинской помощи пациенту со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

3.22. При наложении сроков проведения диализа пациенту в условиях дневного стационара/амбулаторных условиях и лечения по заболеванию в условиях круглосуточного стационара в иной медицинской организации, не имеющей возможности проведения диализа, к оплате подаются услуги диализа и случай лечения по соответствующей КСГ разными медицинскими организациями.

3.23. Все случаи оказания медицинской помощи по одной и той же КСГ с повторным оказанием медицинской помощи в тот же день (или на следующий день) подлежат медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи.

3.24. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации также учитывает расходы на проведение телемедицинских консультаций.

3.25. КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента R54 «Старческая астения».

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

3.26. В целях оплаты медицинской помощи, оказанной пациентам с ампутированными конечностями, учитывающие различную категорию сложности работы с культей предусмотрены следующие клинико-статистические подгруппы:

Код КСГ	Наименование КСГ	Код МКБ-10	Рекомендуемая длительность госпитализации, дни
st29.009.2	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1, первичное экзопротезирование без порочности культи)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	15

st29.009.3	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после односторонней ампутации с порочностью культи и сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	30
st29.009.4	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после двусторонней ампутации с пороками и заболеваниями культи. Первичное экзопротезирование больных после сочетанной и двусторонней ампутации с тяжелыми сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0, T05	45
st29.011.2	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3, первичное экзопротезирование без порочности культи)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	15
st29.011.3	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3, первичное экзопротезирование больных после односторонней ампутации с порочностью культи и сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	30
st29.011.4	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3, первичное экзопротезирование больных после двусторонней ампутации с пороками и заболеваниями культи. Первичное экзопротезирование больных после сочетанной и двусторонней ампутации с тяжелыми сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0, T05	45
st31.002.2	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1, первичное экзопротезирование без порочности культи)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	15
st31.002.3	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после односторонней ампутации с порочностью культи и сопутствующими заболеваниями)	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0	30
st31.002.4	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1, первичное экзопротезирование больных после двусторонней	E10.5 I70.2, S48.0 S48.1 S58.0 S58.1 S68.4 S68.8 S78.0 S78.1 S88.0 S88.1 S98.0, T05	45

	ампутации с пороками и заболеваниями культы. Первичное экзопротезирование больных после сочетанной и двухсторонней ампутации с тяжелыми сопутствующими заболеваниями)		
--	---	--	--

3.27. В рамках КСГ st32.015 «Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)» выделяются подгруппы st32.015.5 с иным классификационным критерием «ter» и st32.015.6 с иным классификационным критерием «nrk».

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ st32.015.5 является оказание медицинской услуги А16.30.001.001 «Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий» методом тотальной экстраперитонеальной герниопластики (ТЕР).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по КСГ st32.015.6 является оказание медицинских услуг А16.30.004.010 «Лапароскопическая пластика передней брюшной стенки при грыжах», А16.30.002.001 «Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий», применение эндотрахеального наркоза и использование и сетчатых эндопротезов.

3.28. В рамках КСГ st36.004 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» в целях реализации приоритетного проекта «Стационар: перезагрузка» выделяются следующие подгруппы с иным классификационным критерием «kkp1-4»:

Койки краткосрочного пребывания		Код МКБ-10
Код КСГ	Наименование КСГ	
st36.004.3	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Терапия», «kkp1»)	D12-13, D14-D16, D19-D20, D36-D38, D48-D75, D80, D82, D84, E10-14, I10-I20, I25, I34-I36, I39, I50-I51, I85-I86, I95, J00-J11, J40-J70, J82-84, J90-J92, J94, J96-J99, K20-31, K50-K52, K59, K70-K71, K74- K77, K86, L50, N11, N30, T78, Z02
st36.004.4	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Травматология», «kkp2»)	M15-M19, M21-M25, M95, R26.2, R29.4, R93.6, R93.7, S06.00, S09.7, S19.8-19.9, S22.30, S22.50,-S22.90, S23.4, S23.5, S29.0, S30, S33, S39.0, S43, S46, S53, S56, S62-S63, S66, S69.7, S73, S76, S83, S86, S92-S93, S96, S99.8-S99.9, T02, T09, T11, T13-T14, T84, T90-T94, G56.0, D48.0, Z96.6
st36.004.5	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в	D18, D19.7, D19.9, D21, D23, D 29, D48, I88-I89, I97.2, L60.0, L72.0, L72.1, L72.9, L73.2, L89.0-L89.2, L89.9, L97, L98.4, N61-N62, N64, Q83.0, Q83.2,

	учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Хирургия», «kkp3»)	Q83,8, Q83.9, R10.4, R12, R15, R18-R19, R59, S00-S01, T00-T01, T11.1-T11.4, T11.8-T11.9, T13.0-T13.1, T13.4, T13.8-T13.9, T14.0-T14.1, T14.4-T14.6, T14.8-T14.9, T17.1, T18, T95, K40.2, K40.9, K42.9, K43.2, K43.5, K43.9, K44.9, K45.8, K57.3, K58, K62, K64, K66.0, K80.2, K80.5, K81.1, R04, K 20-31, K 50-52, K57-59, K70-71, K74-77 Урология: N13.3, N20-N23, N30-N32, N34.0- N34.3, N39.3- N39.4, N39.8-N39.9, N40, N42.9, N43, N47, N48.0, N50.0- N50.1, N50.9, N99.5, N99.9, R32, R33
st36.004.6	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Гинекология», «kkp4»)	D25-D28, D39, E28, E89.4, I86.3, N70-N74, N75.0, N75.8, N75.9, N76-N77, N80-N99, Q99, R87, S30.2, S31.4, T19.2, T83.3, Z31.4-Z31.9

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи, оказанной на койках краткосрочного пребывания, является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным диагнозам МКБ-10 с длительностью лечения 3 дня и менее (не более 72 часов) и результатом госпитализации 101 «Выписан».

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

4.1. Учет и оплата случаев лечения при оказании диализа.

Медицинская помощь, связанная с оказанием услуг диализа, оказываются в условиях центров (отделений) гемодиализа при условии наличия направлений на проведение лечения диализом.

Диализ может оказываться при нахождении больного:

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

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

- на лечении в амбулаторных условиях.

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

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

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

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

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

Формирование КСГ по профилю «Онкология» с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) осуществляется на основании справочников схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), содержащемся в файлах Расшифровки групп для дневного и круглосуточного стационаров (приложения 6 и 7 Методическим рекомендациям).

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

Описание состава справочников и особенности их использования приведены в Методических рекомендациях.

Описание схем в справочниках не может служить заменой сведениям, изложенным в клинических рекомендациях и инструкциям к лекарственным препаратам, и предназначено не для информирования медицинских работников о возможных вариантах лечения, а для идентификации проведенного лечения в целях его корректного кодирования.

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

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

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

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- изменение дней введения (увеличение интервала между введениями) произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

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

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

Диапазон числа фракций:

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

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

Отнесение к хирургическим КСГ по профилю «онкология» производится при комбинации диагнозов С00-С80, С97 и D00-D09 (поле «МКВ-1») и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства. При этом для указанных кодов МКВ-10 поле «МКВ-0» является обязательным к заполнению.

В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического

заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

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

Отнесение случая к КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования» осуществляется с применением соответствующего кода Номенклатуры медицинских услуг из раздела «В». Данная группа предназначена в основном для оплаты случаев госпитализаций в отделения / медицинские организации неонкологического профиля, когда в ходе обследования выявлено злокачественное новообразование с последующим переводом (выпиской) больного для лечения в профильной организации, так и для оплаты случаев госпитализации в отделения онкологического профиля с диагностической целью, включая также необходимость проведения биопсии.

Отнесение к КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования» осуществляется в соответствии с иными классификационными критериями «mgi» и «ftg», применяемыми для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований или обязательное выполнение трепанобиопсии/или забора крови (другой биологической жидкости) с последующим проведением иммунофенотипирования методом проточной цитофлуориметрии.

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

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

Для учета случаев лечения в условиях стационара (круглосуточного или дневного любого типа) используется «Статистическая карта выжившего

из стационара» (форма №066/у-02), в которой указывается код группы КСГ, соответствующий коду основного заболевания, виду медицинской помощи, возрасту пациента и выбранной клинической технологии диагностики и лечения, в графе «Вид оплаты» таблицы 26 «Движение пациента по отделениям» и таблицы 27 «Хирургические операции».

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

4.4. Размеры коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлены Приложением № 9б к Тарифному соглашению.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

4.5. Случаи проведения дорогостоящей терапии, связанной с применением лекарственного препарата с МНН «Канакинумаб», оказанной в рамках КСГ st36.043 - st36.047, ds36.030 - ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 16-20)», подлежат оплате при условии назначения лекарственного препарата с МНН «Канакинумаб» решением врачебной Комиссии, созданной на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», с участием главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Московской области.

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

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

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

5.3. Особенности оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара.

5.3.1. *Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи*, в случаях перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по

объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, указанным в приложении №11 в к Тарифному соглашению.

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

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ (за исключением случаев проведения лекарственной терапии, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 5.3.2);
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ, за исключением случаев проведения лекарственной терапии, оплата по которым осуществляется в соответствии с пунктом 5.3.2).

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

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

В случае перевода пациента в дневном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10 и (или) новое заболевание является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках дневного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного

заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом первый случай подлежит оплате как прерванный.

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

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

5.3.2. Оплата случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту старше 18 лет оплачивается по следующему порядку:

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

- если фактическое количество дней введения, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;

- при длительности свыше 3 дней, но менее длительности, предусмотренной схемой лечения, – 50% от стоимости КСГ.

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

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

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

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

5.6. При проведении в дневном стационаре допускаются и оплачиваются комплексные услуги по проведению пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, оказываемые в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими в своем составе кабинеты пренатальной диагностики установленные Приложением № 6в к Тарифному

соглашению, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций,

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

Для подгрупп, включенных в КСГ №№ ds37.001 - ds37.008, ds37.015 - ds37.016 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.

Шкала реабилитационной маршрутизации представлена в порядке организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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

5.8.1. Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется по клинико-статистическим подгруппам на основании иного классификационного критерия из диапазона «thc01»-«thc18», соответствующего МНН лекарственного препарата.

Коэффициенты затроемкости для КСГ приведены в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии.

Длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

При этом, в случае использования лекарственного препарата, режим непрерывного введения которого в соответствии с инструкцией к нему составляет, например, 12 недель, возможно включение в реестр счетов случаев

лечения длительностью 4 недели с целью равномерной оплаты указанных случаев.

5.8.2. В рамках КСГ st12.001 «Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия» выделяются подгруппы, связанные с назначением лекарственной терапии при лечении хронического вирусного гепатита В.

Отнесение к подгруппам случаев применения лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите В осуществляется на основании МНН лекарственного препарата согласно таблице:

Код КСГ	Наименование КСГ	МНН лекарственного препарата
ds12.001.1	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия (МНН "Энтекавир")	Энтекавир
ds12.001.2	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия (МНН "Тенофовир")	Тенофовир
ds12.001.3	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия (МНН "Тенофовира алафенамид")	Тенофовира алафенамид
ds12.001.4	Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия (МНН "Булевертид")	Булевертид

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

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

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

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

Оплата хранения криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

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

5.12. В рамках КСГ дневного стационара выделяется подгруппа ds36.002.2, предусматривающая оказание медицинской помощи (за исключением пациентов со злокачественными новообразованиями) с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС.

5.13. Для оказания медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей предусмотрены КСГ ds19.063 - ds19.066, предусматривающие оказание медицинской помощи с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС.

5.14. В рамках КСГ ds19.097 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)» выделяются подгруппы, связанные с назначением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

Случаи оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, предусматривающие лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, подлежат оплате по КСГ ds19.097 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) с указанием схемы лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии» и иного классификационного критерия «dlo».

Отнесение к подгруппам КСГ случаев применения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) осуществляется на основании кода схемы лекарственной терапии, иного классификационного критерия, соответствующего дозировке (режиму) введения лекарственного препарата, представленного в таблице:

Код КСГ	Код схемы лекарственной терапии	Иной классификационный критерий	Количество дней введения в тарифе	Описание классификационного критерия (МНН лекарственного препарата,
ds19.097.1	Схемы в соответствии с Расшифровкой для КСГ ds19.097			
ds19.097.2	sh9003	Shdlo	-	Препараты, полученные за счет бюджетных ассигнований регионального

Код КСГ	Код схемы лекарственной терапии	Иной классификационный критерий	Количество дней введения в тарифе	Описание классификационного критерия (МНН лекарственного препарата, бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС)
ds19.097.3	sh9003	Shtrab	1	Трабектидин (Йонделис) 1,5 мг/м ² 1 раз в 3 недели

Дозировки лекарственных препаратов указаны в расчете на 1 случай лечения в соответствии с Инструкциями по применению лекарственных препаратов.

5.15. Случаи оказания медицинской помощи детям в условиях дневного стационара, предусматривающие лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, подлежит оплате по КСГ ds08.001.2 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети (уровень 2)» с указанием иного классификационного критерия «dlo».

5.16. Случаи оказания медицинской помощи при продолжении лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, в детской медицинской организации по схемам лекарственной терапии, описанным в клинических рекомендациях для возрастной категории, возможно предъявлять к оплате по КСГ, относящимся к профилю «Детская онкология» (ds08.001 – ds08.003).

Данные случаи подлежат медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

5.17. Особенности оплаты медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей.

Не допускается предъявление к оплате нескольких случаев оказания медицинской помощи пациенту со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

5.18. В рамках КСГ ds29.004 «Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей» выделяется подгруппа ds29.004.2 «Заболевания опорно-двигательного аппарата, травмы, болезни мягких тканей (Диагностика при заболеваниях МКБ-10: S72.0, S72.1, M16, M87.0, M84.1)», предусмотренная для оплаты медицинской помощи, связанной с диагностикой перед плановой госпитализацией по поводу эндопротезирования пациентам с заболеваниями МКБ-10: S72.0, S72.1, M16, M87.0, M84.1 в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи. В качестве иного классификационного критерия в данном случае следует указывать «diag».

5.19. Размеры коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлены Приложением №11б к Тарифному соглашению.

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

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

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

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

- скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива, установленного в Приложении № 13а к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций исходя из значений половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

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

6.5. Учет и оплата скорой и неотложной медицинской помощи.

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

В рамках реализации Программы ОМС оплате за счет средств ОМС подлежат вызовы врачебной общепрофильной бригады, врачебной специализированной бригады (педиатрической, анестезиологическо-реанимационной, педиатрической анестезиологическо-реанимационной, экстренной консультативной бригады), фельдшерской общепрофильной бригады.

При оказании скорой медицинской помощи без выезда оплата осуществляется по тарифам посещения врача/фельдшера неотложной медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом отделении.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

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

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у

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

медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

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

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

При определении направлений расходования средств МО следует руководствоваться:

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

- градостроительным кодексом Российской Федерации (пункт 14.2 статьи 1) при определении понятия капитального ремонта объектов капитального строительства;

- классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 № 1;

- общероссийским классификатором основных фондов, утвержденным постановлением Госстандарта России от 26.12.94 № 359.

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 6 270,47 руб. по всем единицам объема.

2.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, 178,69 руб. в месяц.

2.3. Коэффициенты специфики и коэффициенты уровня медицинской

организации, применяемые для расчета фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, установлены Приложением № 5а к Тарифному соглашению.

2.4. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи в части базовой программы ОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложениями №№ 6а, 6б, 6в, 6г, 6д, 6е, 6ж, 6з, 6и к Тарифному соглашению.

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

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

2.7. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров, составляет 721,48 руб. в месяц.

2.8. Коэффициенты специфики и коэффициенты уровня медицинской организации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров, установлены Приложением № 5а к Тарифному соглашению.

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

3.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) составляет 28 123,86 руб. с учетом коэффициента дифференциации в значении 1,083, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – коэффициент дифференциации) (25 968,48 руб. без учета коэффициента дифференциации).

3.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с Программой ОМС составляет 43 267,47 руб.

3.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями,

участствующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 7 401,83 руб.

3.4. Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратно-емкости, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к КСГ, а также доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ круглосуточного стационара установлены Приложением № 9а к Тарифному соглашению.

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

3.6. Коэффициенты уровня и подуровня медицинских организаций установлены Приложением № 2а к Тарифному соглашению.

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

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

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

4.1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ/КПП, (базовая ставка) составляет 16 276,52 руб. с учетом коэффициента дифференциации в значении 1,083 (15 029,10 руб. без учета коэффициента дифференциации).

4.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с Программой ОМС составляет 27 127,53 руб.

4.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 914,79 руб.

4.4. Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратно-емкости, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к КСГ, а также доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ дневного стационара установлены Приложением № 11а к Тарифному соглашению.

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

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

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

5.2. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 964,8 руб.

5.3. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 80,4 руб. в месяц (964,8 руб. в год).

5.4. Коэффициенты специфики и коэффициенты уровня медицинской организации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, устанавливаются Приложением № 13а к Тарифному соглашению.

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

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

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим Тарифным соглашением устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение №14).

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

6 550,13 руб.	Размер подушевого норматива финансирования медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с территориальной программой ОМС
1 036,45 руб.	Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС
7 401,83 руб.	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях стационара, установленный в соответствии с территориальной программой ОМС
1 914,79 руб.	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный в соответствии с территориальной программой ОМС

V. Заключительные положения

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

2. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2023 года и действует по 31 декабря 2023 года.

3. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

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

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

4. Корректировка (индексация) тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС МО на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

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

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

Приложение № 1а.1 «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанными медицинскими организациями медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

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

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

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

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

Приложение № 2а. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и коэффициенты уровней медицинских организаций.

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

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

Приложение № 3а. Перечень медицинских организаций, оказывающих услуги диализа».

Приложение № 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

Приложение № 5а. Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (по всем видам и условиям).

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

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

Приложение № 6в. Тарифы на комплексные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской

помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

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

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

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

Приложение № бж. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые центрами амбулаторной онкологической помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № бз. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые мобильным комплексом «Эндомобиль», в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № би. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые детским мобильным комплексом, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

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

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

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

Приложение № 8б. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по углубленной диспансеризации отдельных категорий граждан, в

том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 9а. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (круглосуточный стационар).

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

Приложение № 9в. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (круглосуточный стационар).

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

Приложение № 9е. Проведение сочетанных хирургических вмешательств.

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

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

Приложение № 11а. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (дневной стационар).

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

Приложение № 11в. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее (дневной стационар).

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

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

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

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

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

Приложение № 15. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

ПОДПИСИ СТРОН

Министр здравоохранения
Московской области

А.И. Сапанюк

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Московской области

Л.П. Данилова

Председатель Московской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской
Федерации

Н.В. Суслوнова

Председатель Правления Ассоциации
«Врачебная Палата Московской
области»

С.А. Лившиц

Заместитель директора по экономике
ОМС Московской дирекции АО
Страховая компания «СОГАЗ-МЕД»

Ю.А. Алексеева