Приложение № 33

к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории   
Брянской области на 2018 г.   
от 21 декабря 2017 года

(в ред. от 31.05.2018 года)

**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ПОРЯДКЕ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Настоящее Положение о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Брянской области   
(далее – Положение) разработано на основании:

* Закона Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в действующей редакции);
* Закона Российской Федерации от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);
* Постановления Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 №1429 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
* Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 года № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
* Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи 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»;
* Приказа Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (в действующей редакции);
* Приказа Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 года № 79 «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);
* Методических рекомендаций Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС от 21.11.2017 года № 11-7/10/2-8080 по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования и Инструкции Федерального фонда ОМС от 12.12.2017 года № 14531/26-2/и по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев и подходов к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.
* Информационного письма Минздрава РФ от 13 декабря 2017 года №11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
* Территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Брянской области медицинской помощи на 2018 год.

# Используемые термины и определения

В целях настоящего Положения используются следующие основные понятия и термины:

**Случай госпитализации** – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

**Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

**Оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов;

**Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров (средняя стоимость законченного случая лечения);

**Коэффициент относительной затратоемкости** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение  
стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

**Поправочные коэффициенты** – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

**Управленческий коэффициент** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

**Коэффициент уровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

**Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

**Коэффициент сложности лечения пациентов** – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

**Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний**– группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп;

**Оплата медицинской помощи за услугу** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящим Положением.

**В настоящем Положении используются следующие сокращения:**

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТП ОМС – территориальная программа обязательного медицинского страхования;

ТФОМС Брянской области - территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области;

МО – медицинская организация;

СМО – страховая медицинская организация;

МТР - межтерриториальные расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в Российской Федерации вне территории страхования;

МЭМ - медико-экономический мониторинг;

МЭК – медико-экономический контроль;

МЭЭ - медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП - экспертиза качества медицинской помощи.

I. Общие положения

1. Положение устанавливает общие принципы оплаты медицинских услуг, оказанных в рамках территориальной программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.
2. Медицинская помощь предоставляется застрахованным бесплатно в объеме и на условиях территориальной программы ОМС, которая является составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Брянской области, утвержденной постановлением Правительства Брянской области на соответствующий календарный год.
3. Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются для МО, включённых в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Брянской области (далее – Комиссия), созданной в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в пределах объемов, утвержденных ТП ОМС. Комиссия осуществляет оперативную корректировку объемов медицинской помощи в течение года по письменным обращениям МО, а также на основании анализа выполнения объёмов медицинской помощи по ТП ОМС.
4. Единицами планирования объемов медицинской помощи являются:
   * в амбулаторных условиях – посещение с профилактической и иной целью; посещение в неотложной форме;   
     обращения и посещения по заболеванию;   
     медицинская услуга;   
     в стоматологии – УЕТ, посещение, обращение;
   * круглосуточном стационаре – случай госпитализации, в дневных стационарах всех типов – случай госпитализации;
   * при оказании скорой медицинской помощи – вызов.
5. Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным за пределами Брянской области, оплачивается по установленным тарифам ОМС за фактически выполненный объем*.*
6. Медицинская помощь, оказанная за пределами Брянской области лицам, застрахованным в Брянской области, включается в объемы медицинской помощи, фактически оказанной прикрепленным для медицинского обслуживания застрахованным.
7. В пределах установленного годового объема медицинской помощи МО определяют ежемесячный объем помощи с учетом сезонных колебаний заболеваемости и обращаемости пациентов, а также иных факторов, определяющих объемные показатели реализации территориальной программы ОМС. Изменение плановых значений месячных объемов медицинской помощи на последующий период допускается до 20 числа текущего месяца по письменному обращению МО в ТФОМС.
8. ТФОМС Брянской области осуществляет контроль выполнения МО плановых объемов медицинской помощи в соответствии с Порядком проведения мониторинга реализации территориальной программы ОМС.
9. При обращении за медицинской помощью застрахованные представляют документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий факт страхования по ОМС (полис ОМС старого образца, временное свидетельство, полис ОМС единого образца).

При оказании медицинской помощи пациенту, имеющему документ, удостоверяющий личность, но не имеющему возможность предъявить полис ОМС, МО использует информацию о страховании, содержащуюся в региональном сегменте единого Регистра застрахованных по ОМС.

1. ТФОМС обеспечивает доступ медицинским организациям к ежедневно обновляемому региональному сегменту единого Регистра застрахованных по ОМС жителей Брянской области посредством защищенного информационного ресурса в сети Интернет в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия между участниками и субъектами сферы ОМС (далее Регламент).
2. При отсутствии в региональном сегменте единого Регистра застрахованных актуальных сведений о факте страхования, гражданин самостоятельно или на основании письменной доверенности подает в СМО заявление о выборе СМО, которая осуществляет оплату медицинской помощи с момента наступления страхового случая в круглосуточном стационаре.

1.12. При замене СМО, в том числе СМО другого субъекта РФ, в период лечения пациента, за медицинскую помощь, оказанную в условиях поликлиники, круглосуточного или дневного стационара, оплата осуществляется СМО, в которой пациент застрахован на дату окончания оказания медицинской помощи *(вступает в действие с момента предоставления реестров за отчетный период «июль» 2018 года).*

1. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется СМО, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения детей и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется СМО, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.
2. Если новорожденный застрахован в период лечения в амбулаторных условиях, в круглосуточном или дневном стационаре, СМО осуществляет оплату медицинской помощи с момента наступления страхового случая.
3. Не подлежат оплате по ТП ОМС:
   * обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работе с вредными и (или) опасными условиями труда;
   * медицинская помощь гражданам, не подлежащим ОМС (военнослужащие и приравненные к ним категории);
   * случаи оказания медицинской помощи застрахованным лицам, оплаченные за счет других источников финансирования: личные средства граждан, средств добровольного медицинского страхования, другие источники.
   * медицинская помощь, оказанная лицам, пострадавшим в результате тяжелых несчастных случаев на производстве до восстановления трудоспособности или даты регистрации медицинских документов в учреждении медико-социальной экспертизы, устанавливающем степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах или стойкую утрату профессиональной трудоспособности.
   * медицинские вмешательства с косметической целью.
4. МО предоставляет в ТФОМС Брянской области в 3-х дневный срок от даты поступления пострадавшего учетную форму № 315/у «Медицинское заключение о характере полученных повреждений здоровья в результате несчастного случая на производстве и степени их тяжести», утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.04.2005 года № 275 «О формах документов, необходимых для расследования несчастных случаев на производстве», а также сведения о завершении страхового случая по обязательному социальному страхованию.

За счет средств ОМС осуществляется проведение осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, медицинского обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

За счет средств ОМС включено проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в связи с занятиями физической культурой и спортом, при этом проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом, не подлежат оплате за счет средств ОМС.

В рамках территориальной программы ОМС осуществляется проведение обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или в военные образовательные организации высшего образования, заключении договора с Министерством обороны РФ об обучении на военной кафедре или федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу. Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в территориальную программу ОМС.

1. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС («иногородним»), осуществляется ТФОМС в объеме базовой программы ОМС по тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи. Порядок организации и финансового взаимодействия при проведении межтерриториальных расчетов определен Правилами ОМС.
2. Ветеранам (инвалидам или участникам) Великой Отечественной войны, проживающим в государствах Балтии (Латвия, Литва, Эстония) и временно находящимся в Российской Федерации, медицинская помощь оказывается бесплатно в объеме Базовой программы обязательного медицинского страхования по предъявлению документа, удостоверяющего личность, и удостоверения ветерана Великой Отечественной войны. Порядок оплаты медицинских услуг данному контингенту соответствует настоящему Положению, плательщиком оказанной медицинской помощи является ФОМС.
3. В системе ОМС оплате подлежат лицензированные виды медицинской деятельности в соответствии с местом оказания медицинской помощи и номенклатурой работ и услуг, указанных в лицензии.

# II. Тарифы на медицинскую помощь

1. Формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы ОМС, осуществляется департаментом здравоохранения совместно с ТФОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативами, определенными Программой государственных гарантий, с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС от 21.11.2017 года № 11-7/10/2-8080 по способам оплаты медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования и Инструкции Федерального фонда ОМС от 12.12.2017 года № 14531/26-2/и по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу, информационным письмом Министерства здравоохранения РФ от 13 декабря 2017 года №11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».
2. Тарифы на медицинскую помощь подлежат индексации в случае принятия соответствующих законодательных актов федерального или регионального уровня, изменении величины доходов и (или) расходов бюджета ТФОМС Брянской области. Коэффициент индексации утверждается Комиссией в установленном порядке.

При введении новых тарифов или применении коэффициента индексации тарифов, оплата медицинской помощи производится по тарифам, действующим на день окончания лечения.

1. В рамках базовой программы ОМС в состав тарифов включены следующие статьи и подстатьи расходов МО в соответствии с действующей Классификацией операций сектора государственного управления расходов бюджетов Российской Федерации (далее – КОСГУ):

**Статья 210 «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»:**

Подстатья 211 «Заработная плата»;

Подстатья 212 «Прочие выплаты»;

Подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда».

**Статья 220 «Оплата работ, услуг»:**

Подстатья 221 «Услуги связи»;

Подстатья 222 «Транспортные услуги»;

Подстатья 223 «Коммунальные услуги»;

Подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом»;

Подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» (за исключением расходов на капитальный ремонт): расходы на текущий ремонт, расходы на ремонт и техническое обслуживание транспортных средств, расходы на техническое обслуживание оборудования (медицинского, информационно-аналитического);

Подстатья 226 «Прочие работы, услуги», в том числе расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии в МО лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии в МО организованного питания), расходы на оплату программного обеспечения и прочих услуг (за исключением расходов на проектно-сметную документацию для проведения капитального ремонта).

**Статья 260 «Социальное обеспечение»**:

Подстатья 262 «Пособия по социальной помощи населению» (расходы на социальное обеспечение работников МО).

**Статья 290 «Прочие расходы»**

**Статья 310 «Увеличение стоимости основных средств»**:

расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

**Статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов»:**

расходы на приобретение лекарственных средств, анатоксинов, сывороток (за исключением донорской крови и её компонентов); перевязочных средств, хирургического шовного материала; шприцев многоразового и одноразового использования, инъекционных игл, одноразовых систем для инфузий; рентгеновской пленки, рентгенконтрастных средств; медицинской техники, вживляемой в организм пациента; расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов стекла и химической посуды; медицинских инструментов со сроком полезного действия менее 12 месяцев, бумаги, в том числе со специальным чувствительным слоем; картриджей к медицинскому оборудованию; кислорода, гелей и контактных средств диагностики; пеленок и бумажных подгузников; изделий медицинского назначения разового пользования (халаты, шапочки, бахилы и т.п.); средств для дезинфекции; расходы на мягкий инвентарь; расходы на приобретение продуктов питания; расходы на приобретение горюче-смазочных материалов включая специальное топливо, дизельное топливо, всех видов котельно-печного топлива; строительных материалов; кухонного инвентаря; хозяйственных материалов; канцелярских принадлежностей, в том числе запасных частей; дезинфекционных средств, используемых для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий и содержания в чистоте помещений, зданий, иного имущества учреждения и прочих материальных запасов.

1. Оплата расходов МО в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу производится за счет бюджетных ассигнований.
2. Для государственных учреждений здравоохранения Брянской области в структуре тарифа в части расходов на заработную плату предусмотрены следующие выплаты стимулирующего характера:
   * врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
   * медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
   * врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
   * врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Указанные выплаты осуществляются по результатам деятельности. Условия, порядок установления, критерии и размеры указанных выплат должны быть предусмотрены положениями по оплате труда МО, коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами.

1. Для организаций федеральной, ведомственной и частной форм собственности, выполняющих программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в рамках коллективных договоров, соглашений, локальных нормативных актов в соответствии с Федеральным законодательством и нормативными актами РФ, регламентирующими вопросы оплаты труда.
2. Расходование средств ОМС по статьям бюджетной классификации, в том числе выплаты стимулирующего характера за качество выполненных работ, премиальные и иные поощрительные выплаты, осуществляются МО в соответствии с утвержденным в установленном порядке планом финансово-хозяйственной деятельности в пределах фактического дохода МО.

При невыполнении объемных показателей задания за отчетный период расходование стимулирующей части фонда оплаты труда производится в пределах средств фактически полученных медицинской организацией.

1. Расходы МО, не предусмотренных территориальной программой ОМС в структуре тарифа, осуществляются:

федеральными казенными, бюджетными или автономными учреждениями, государственными или автономными бюджетными учреждениями – за счет средств соответствующих бюджетов;

иными МО, в том числе частной форм собственности – за счет иных средств.

1. Рекомендуемая (ориентировочная)структура финансовых затрат в составе тарифа медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС на единицу объема медицинской помощи:

| **Наименование** | **Удельный вес по статьям расходов** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Оплата труда и начисления на оплату труда** | **Медикаменты, инструментарий, реактивы и химикаты, прочие лечебные расходы** | **Питание** | **Расходы на текущее содержание МО, включая расходы на мягкий инвентарь** |
| Амбулаторная | Не более 83% | Не менее 5% |  | Не более 12% |
| Стационарная | Не более 68,3% | Не менее 14,1% | Не менее 4% | Не более 13,6% |
| Дневной стационар | Не более 50% | Не менее 34% |  | Не более 16% |
| Дневной стационар (для Центра реабилитации ГБУЗ «Брянская областная детская больница» | Не более 73,9% | Не менее 5,5% | Не менее 3,8% | Не более 16,8% |
| Скорая помощь | Не более 84% | Не менее 4% |  | Не более 12% |
| Центр здоровья (комплексная медицинская услуга, повторное посещение) | Не более 70,2% | Не менее 29,2% |  | Не более 0,6% |
| 1 сеанса диализа | Не менее 20%-не более 40% | Не менее 59,8%-не более 79,8% |  | Не более 0,2% |
| 1 сеанса диализа с гемодиафильтрацией | Не менее 20%-не более 40% | Не менее 60%-не более 80% |  |  |
| 1 условной единицы трудоемкости (УЕТ) | Не более 82,5% | Не менее 7,1% |  | Не более 10,4% |
| Случай экстракорпорального оплодотворения | Не более 20,7% | Не менее 70% |  | Не более 9,3% |
| Тариф медицинской помощи, предоставляемой в рамках диспансеризации взрослого населения | Не более 58,6% | Не менее 10% |  | Не более 31,4% |
| Тариф медицинской помощи, предоставляемой при диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей детей-сирот, усыновленных (удочерённых), принятых в патронатную семью | Не более 85% | Не менее 7,9% |  | Не более 7,1% |
| Тариф медицинской помощи, предоставляемой в рамках прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров | Не более 58,6% | Не менее 7% |  | Не более 34,4% |
| Тариф проведения МРТ без контрастирования | Не более 79,3% | Не менее 20,4% |  | Не более 0,3% |
| Тариф проведения МРТ без контрастирования с применением анестезии | Не более 59,9% | Не менее 40% |  | Не более 0,1% |
| Тариф проведения МРТ с контрастированием | Не более 25% | Не менее 74,9% |  | Не более 0,1% |
| Тариф проведения МРТ с контрастированием с применением анестезии | Не более 27,3% | Не менее 72,6% |  | Не более 0,1% |
| Тариф проведения КТ без контрастирования | Не более 74,3% | Не менее 25,4% |  | Не более 0,3% |
| Тариф проведения КТ без контрастирования с применением анестезии | Не более 56,8% | Не менее 43,1% |  | Не более 0,1% |
| Тариф проведения КТ с контрастированием | Не более 24,3% | Не менее 75,6% |  | Не более 0,1% |
| Тариф проведения КТ с контрастированием с применением анестезии | Не более 27,6% | Не менее 72,3% |  | Не более 0,1% |
| Тариф проведения радиоизотопных исследований | Не более 56,6% | Не менее 43,4% |  |  |
| Тариф пункционной биопсии | Не более 51,3% | Не менее 48,7% |  |  |
| Тариф фотодинамической терапии | Не более 7,3% | Не менее 92,6% |  | Не более 0,1% |
| Тариф «электорофизиологическое исследование зрительного анализатора» | Не более 77% | Не менее 23% |  |  |
| Тариф «лазерное сканирование головки зрительного нерва с интерпретацией» | Не более 98,2% | Не менее 1,8% |  |  |
| Тариф «оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора» | Не более 96,5% | Не менее 3,5% |  |  |
| Тариф «Стернальная пункция с цитологическим исследованием костного мозга» | Не более 49,8% | Не менее 50,2% |  |  |
| Тариф «Коронарография» | Не более 9,5% | Не менее 90,5% |  |  |

1. При отсутствии в МО возможности проведения показанных пациенту диагностических исследований, предусмотренных клиническими рекомендациями, МО на договорной основе осуществляют взаиморасчеты за проведенные лабораторные, функциональные, инструментальные, лучевые и иные исследования в соответствии с утвержденной тарифным соглашением (Приложение № 34) предельной стоимостью диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями за счет средств подстатьи КОСГУ 226 «Прочие работы, услуги».

# III. Способы оплаты медицинской помощи

1. **В сфере ОМС на территории Брянской области предусматриваются следующие способы оплаты медицинской помощи:**
   1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
      1. в МО, имеющих прикрепленных для медицинского обслуживания застрахованных:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц c учетом показателей результативности деятельности медицинской организации;

-за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, за УЕТ в стоматологии;

* + 1. в МО, не имеющих прикрепленных для медицинского обслуживания застрахованных - за посещение; за медицинскую услугу; за УЕТ в стоматологии. Данный способ оплаты применяется также при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Брянской области.
    2. за отдельные медицинские услуги.
    3. за законченный случай при проведении 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
    4. за медицинскую услугу при проведении 2-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
    5. за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения;
    6. за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
    7. за законченный случай диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
    8. за законченный случай проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних;
    9. за первичное или повторное обращение в Центр здоровья.
  1. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**:**
* за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;
* за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе;
* за услуги гемодиализа и гемодиафильтрации.
  1. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов:
* за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;
* за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе;
* за услуги гемодиализа и гемодиафильтрации.
  1. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в транспортном средстве при медицинской эвакуации) :
* по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;
* оплата за вызов скорой медицинской помощи применяется при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Брянской области, а также при оказании медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.
  1. Медицинские организации в целях предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи вправе учитывать в тарифах медицинских услуг финансовые средства на оплату диагностических и/или консультативных услуг по гражданско – правовым договорам.

1. **Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях**
2. Оплата первичной медико-санитарной помощи МО, имеющим прикрепленных для медицинского обслуживания застрахованных, производится:

* на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц c учетом показателей результативности деятельности медицинской организации в соответствии с Порядком организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение №8);
* за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, за УЕТ в стоматологии;

1. Информация о медицинской организации и медицинском работнике, к которому прикреплен гражданин для медицинского обслуживания, дате и характере прикрепления (территориальное (автоматическое) или фактическое (по заявлению), отражается в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц.
2. Оплата медицинской помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепленного населения, производится по тарифам посещения с лечебно – диагностической целью; по тарифам посещения с профилактической целью, на дому, по тарифам посещения в неотложной форме, по тарифам УЕТ в пределах объемов, утвержденных на текущий год.
3. Объемы посещений в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных условиях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних, проведение диспансеризации граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС**,** включаются в установленный плановый объем медицинской помощи.
4. Оплата хирургических операций производится по установленным тарифам ОМС за фактически выполненное количество операций при принятии к оплате посещения в рамках установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов (Приложение №17).

Не подлежат оплате оперативные вмешательства, выполненные в амбулаторных условиях в период пребывания пациента в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

1. Посещения с профилактической и иными целями включают:
   * посещения центров здоровья;
   * посещения по поводу диспансеризации определенных групп взрослого населения; диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку в приемную или патронатную семью; диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
   * посещения в связи с профилактическими медицинскими осмотрами взрослого населения и несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;
   * патронажные посещения;
   * посещения по диспансерному наблюдению;
   * посещения в связи с другими обстоятельствами (получение справок, других медицинских документов).
   * посещения к медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование и ведущим самостоятельный прием;
   * разовые посещения в связи заболеванием.
2. Обращение по поводу заболевания включает не менее двух посещений к врачу по поводу одного заболевания и завершается, когда цель обращения достигнута. Результат обращения отмечается в Талоне амбулаторного пациента при последнем посещении пациента. Тариф обращения по поводу заболевания формируется с учетом числа посещений с лечебно – диагностической целью, включенных в данное обращение.
3. Оплата посещений к специалистам со средним медицинским образованием в должности «фельдшер» и «акушерка», ведущим самостоятельный прием, осуществляется по тарифам посещения с профилактической целью при наличии приказа главного врача МО о возложении на фельдшера/акушерку отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период отсутствия врача-специалиста, предусмотренного штатным расписанием *(вступает в действие с 01.03.2018г.)*
4. Если при оказании медицинской помощи на дому или в поликлинике диагностируется неотложное состояние, вызванное внезапным острым заболеванием, обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и др. состояниями, не имеющими явных признаков угрозы жизни пациента, медицинским персоналом обеспечивается оказание неотложной помощи, которая представляется на оплату по тарифу посещения в неотложной форме. В первичной медицинской документации отражаются лечебные мероприятия, проведенные для устранения неотложного состояния, достигнутый результат, а также назначенное, при наличии медицинских показаний, диагностическое обследование и (или) лечение.
5. Тариф посещения в неотложной форме используется при оказании медицинской помощи в приемном покое (за исключением случаев обращения застрахованных по направлению амбулаторно-поликлинической службы), а также при первичном посещении врача хирургического профиля (хирург, травматолог) по поводу травмы или ожога.
6. Тариф неотложной медицинской помощи хирургического профиля (в поликлинике или на дому) используется при оказании неотложной медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому населению врачом-акушером-гинекологом, врачом-хирургом, врачом-хирургом детским, врачом-колопроктологом, врачом-нейрохирургом, врачом-онкологом, врачом-онкологом детским, врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом, врачом-сердечно-сосудистым хирургом, врачом-торакальным хирургом, врачом-травматологом-ортопедом, врачом-урологом, врачом-урологом детским.
7. Тариф неотложной медицинской помощи терапевтического профиля (в поликлинике или на дому) используется при оказании неотложной медицинской помощи, оказанной взрослому населению врачом-аллергологом-иммунологом, врачом-гастроэнтерологом, врачом-гематологом, врачом-дерматовенерологом, врачом-инфекционистом, врачом-кардиологом, врачом-неврологом, врачом-нефрологом, врачом-пульмонологом, врачом-ревматологом, врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-эндокринологом, врачом скорой медицинской помощи.
8. По тарифу неотложной медицинской помощи педиатрического профиля оплачивается неотложная медицинская помощь, оказанная детям врачом-эндокринологом детским, врачом-кардиологом детским, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом челюстно-лицевым хирургом.
9. Условия, порядок оказания и учета неотложной медицинской помощи регламентируются нормативным документом регионального уровня.
10. Подлежат оплате посещения к врачам клинических специальностей и специалистам со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный амбулаторный прием, в день госпитализации и в день выписки из круглосуточного стационара; посещения врачей-специалистов в период пребывания в дневном стационаре любого типа, за исключением посещений к специалисту по профилю госпитализации; посещения по направлениям МО к врачам-специалистам консультативных поликлиник МО областного уровня в период госпитализации пациентов в круглосуточных стационарах городского, районного и сельского уровней оказания медицинской помощи.
11. Посещение пациентом в течение дня одного и того же врача представляется к оплате как одно посещение.
12. Подлежит оплате за счет средств ОМС проведение медицинских осмотров членов добровольных пожарных дружин; лиц, обучающихся по очной форме в государственных образовательных учреждениях начального профессионального образования, с выдачей необходимых для осуществления профессиональной деятельности заключений: в возрасте до 18 лет – всем обучающимся; старше 18 лет – лицам, признанным в соответствии с законодательством РФ малообеспеченными.
13. К оплате не представляются:
    * консультативные осмотры освобожденных заведующих отделений, председателя врачебной комиссии МО;
    * посещения участковым врачом, врачом общей практики на дому в период лечения пациента в стационаре на дому.
14. Оплата стоматологических медицинских услуг производится по тарифу 1 условной единицы трудоемкости (УЕТ) в соответствии с Классификатором стоматологических медицинских услуг (Приложение № 30) в условных единицах трудоемкости,содержащим, в том числе, оперативные вмешательства на органах полости рта, оплачиваемыепо УЕТ в составе комплексной стоматологической услуги.
15. Медицинские услуги, оказанные пациенту врачом-стоматологом-терапевтом смотрового кабинета, представляются к оплате однократно в течение отчетного периода (календарного месяца).
16. Оплата медицинской помощи, оказанной в Центре здоровья, производится по тарифам первичного и повторного обращения, осуществленного по рекомендации врача Центра здоровья, а также по направлению МО по месту прикрепления или медицинских работников образовательных учреждений. Обследование взрослого и детского населения в Центре здоровья проводится один раз в год.
17. При оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи ведется медицинская карта амбулаторного больного (Ф-025/у), медицинская карта ребенка (Ф-026/у), история развития ребенка (Ф-112/у), индивидуальная карта беременной и родильницы (Ф-111/у), карта Центра здоровья (Ф-025-ЦЗ/у), карта здорового образа жизни (Ф-002-ЦЗ/у), карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) (учетная форма N 131/у) и заполняется талон амбулаторного пациента (Ф- 025-1/у).
18. При оказании стоматологической медицинской помощи заполняется талон амбулаторного пациента, ведется медицинская карта стоматологического больного (Ф-043/у), в которой отражается объем и коды выполненных стоматологических медицинских услуг в УЕТ, клинический диагноз с указанием номера зуба с патологией.
19. **Порядок оплаты медицинских услуг при проведении диспансеризации и профилактических осмотров взрослого и детского населения:**
20. Диспансеризация определенных групп взрослого населения проводится в соответствии с приказом Минздрава России от 26.10.2017г. № 869н (далее – приказ).
21. Первый этап диспансеризации подлежит оплате медицинской организации, к которой пациент прикреплен для медицинского обслуживания на день начала диспансеризации.
22. Оплата первого этапа диспансеризации осуществляется по тарифам комплексной медицинской услуги, дифференцированным по возрасту, полу и объему медицинских мероприятий.

Тариф комплексной медицинской услуги включает тарифы осмотров врачами - специалистами и тарифы исследований. В случае использования результатов осмотров и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации, тариф комплексной медицинской услуги уменьшается на размер тарифа заимствованных медицинских услуг. Тариф комплексной медицинской услуги также уменьшается на стоимость исследований, от проведения которых гражданин оформил отказ в установленном порядке.

В тариф комплексной медицинской услуги первого этапа диспансеризации включена:

* стоимость цитологического исследования мазка шейки матки при окрашивании мазка по Папаниколау жидкостным методом;
* стоимость исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом.

Тарифы цитологического исследования жидкостным методом и исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом используют медицинские организации, которым доведен плановый объем данного исследования.

1. На оплату представляется законченный случай первого этапа диспансеризации при условии выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного пола и возраста гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации и отказов гражданина от прохождения обследования).
2. В случае выполнения в рамках первого этапа менее 85% от объема исследования, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются и оплачиваются как профилактический медицинский осмотр.
3. В рамках второго этапа на оплату представляются только те медицинские услуги, которые были фактически проведены пациенту.
4. Оплата мероприятий по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации согласно приказу Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» осуществляется по тарифам комплексной медицинской услуги, дифференцированным по полу, возрасту и объему медицинских мероприятий. Возраст детей определяется исходя из полного количества лет на момент прохождения диспансеризации.

На оплату предоставляется законченный случай проведения диспансеризации при условии выполнения установленного объема обследований не менее 100% для данного пола и возраста.

1. Оплата мероприятий по диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей согласно приказу Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» осуществляется по тарифам комплексной медицинской услуги, дифференцированным по полу, возрасту и объему медицинских мероприятий. Возраст детей определяется на момент прохождения диспансеризации.

Тариф комплексной медицинской услуги включает тарифы осмотров врачами - специалистами и тарифы исследований. В случае использования результатов осмотров и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации, тариф комплексной медицинской услуги уменьшается на размер тарифа заимствованных медицинских услуг.

На оплату предоставляется законченный случай проведения диспансеризации при условии выполнения установленного объема обследований не менее 100%.

1. Включение в реестр счетов дополнительно к стоимости медицинских услуг «Диспансеризация взрослого населения (мужчины)», «Диспансеризация взрослого населения (женщины)», «Диспансеризация детей-сирот» иных медицинских услуг, посещений врачей - специалистов не допускается.
2. Мероприятия по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приказам Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» осуществляются по тарифам за комплексные медицинские услуги, дифференцированные по полу, возрасту и объему медицинских мероприятий: «Законченный случай профилактического медицинского осмотра взрослого», «Законченный случай профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», (далее – тарифы комплексных услуг по профилактическим медицинским осмотрам взрослого и детского населения).
3. Тарифы комплексных медицинских услуг по профилактическим осмотрам взрослого и детского населения включают тарифы осмотров врачами - специалистами и тарифы исследований. В случае использования результатов осмотров и исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра, тариф комплексной медицинской услуги уменьшается на размер тарифа заимствованных медицинских услуг.
4. На оплату по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения представляется законченный случай при условии выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного пола и возраста гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

3.3.13. На оплату по профилактическим медицинским осмотрам детского населения предоставляется законченный случай при условии выполнения установленного для данного пола и возраста несовершеннолетнего объема обследований с учетом отказа ребенка (его родителей) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, оформленного в соответствии с требованиями, установленными статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра *(вступает в действие с 01.03.2018г.) .*

1. **Порядок оплаты стационарной медицинской помощи**
2. Оплата специализированной помощи, предоставляемой в условиях круглосуточного стационара, осуществляется по тарифам законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую терапевтическую, хирургическую или комбинированную клинико – статистическую группу (далее - КСГ) в пределах утвержденных на текущий год объемов медицинской помощи в случаях госпитализации.
3. Формирование КСГ осуществляется в автоматизированном режиме на основе совокупности следующих классификационных критериев, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов.
4. Основные классификационные критерии:

* диагноз при поступлении по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=7A3C8143DF18F0280414A69AED6BDD718C29B4037E13D2CC3F620835a3K);
* диагноз по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=7A3C8143DF18F0280414A69AED6BDD718C29B4037E13D2CC3F620835a3K) заболевания, по поводу которого пациент получил медицинскую помощь в профильном отделении;
* коды всех проведенных хирургических операций и/или других медицинских вмешательств в соответствии со Справочником Номенклатуры услуг.

1. Дополнительные классификационные критерии:

* пол пациента;
* возраст пациента (на день начала госпитализации);
* диагноз по [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=7A3C8143DF18F0280414A69AED6BDD718C29B4037E13D2CC3F620835a3K) сопутствующего заболевания;
* вес при рождении (для новорожденных);
* длительность лечения.
* оценка состояния пациента (шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, шкала реабилитационной маршрутизации);
* схема лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей);
* длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких.

1. Используются коды [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=7A3C8143DF18F0280414A69AED6BDD718C29B4037E13D2CC3F620835a3K) и коды Номенклатуры медицинских услуг Группировщика ФОМС, размещенного на официальном сайте ТФОМС Брянской области по адресу: тфомсбрк.рф\корпоративный раздел\КСГ2018 и методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи. Коды, отсутствующие в Группировщике, использованию не подлежат.
2. В информационную систему вносится не менее двух диагнозов МКБ-10 при политравме; при агранулоцитозе вследствие проведения лекарственной терапии ЗНО; при проведении противовирусной терапии больным вирусным гепатитом, имеющим в качестве сопутствующего диагноза цирроз печени, а также, если госпитализируется по другой причине маловесный новорожденный: указывается код заболевания, являющийся причиной госпитализации и код Р05-Р07, подтверждающий признак маловесности; при ожогах - один код отражает степень ожога, другой – площадь ожога. При ожогах дыхательных путей независимо от степени и площади поражения случай относится к КСГ № 297 «Ожоги, уровень 4», или к КСГ № 299 «Ожоги, уровень 4,5 с синдромом органной дисфункции».
3. Если при оказании специализированной помощи пациенту проведена хирургическая операция или другое медицинское вмешательство, отнесение случая лечения к КСГ осуществляется с учетом кодов Номенклатуры проведенных услуг. При оказании в рамках одного страхового случая нескольких хирургических или иных вмешательств, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.
4. В хирургической онкологии выбор КСГ осуществляется на основании кода Номенклатуры проведенного хирургического вмешательства и кода заболевания - диагноз из класса «С».
5. Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических КСГ, то отнесение такого случая производится по общим правилам, в соответствии с кодом выполненного хирургического вмешательства.
6. Оперативные вмешательства, относящиеся к КСГ №130 «Мастэктомия, уровень 1; другие операции при ЗНО молочной железы или КСГ № 131 «Мастэктомия, уровень 2 , представляются на оплату по данным КСГ вне зависимости от диагноза.
7. Вне зависимости от основного диагноза по КСГ №4 «Родоразрешение» оплачивается медицинская помощь, оказанная по коду номенклатуры:

* B01.001.009 - Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом;
* B01.001.006 - Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом;
* B02.001.002 - Ведение физиологических родов акушеркой.

1. При выполнении операции кесарева сечения - A16.20.005 Кесарево сечение, случай относится к КСГ № 5 вне зависимости от диагноза.
2. Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ №13 или №14 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.
3. С целью снижению стимулов к искажению статистики и перевода пациентов в более затратные категории, в группировщике предусмотрено однозначное отнесение к КСГ4 «Родоразрешение» комбинаций диагнозов, входящих в КСГ4, и следующих услуг:

* A16.20.007 «Пластика шейки матки»;
* A16.20.015 «Восстановление тазового дна»;
* A16.20.023 «Восстановление влагалищной стенки»;
* A16.20.024 «Реконструкция влагалища»;
* A16.20.030 «Восстановление вульвы и промежности».

1. В случае, если пациенту оказывалось оперативное вмешательство и затратоемкость хирургической КСГ, которой соответствует данный случай, меньше затратоемкости терапевтической КСГ, к которой он относится в соответствии с кодом [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=7A3C8143DF18F0280414A69AED6BDD718C29B4037E13D2CC3F620835a3K), оплата осуществляется по терапевтической КСГ. Исключение составляют девять хирургических КСГ, оплата которых осуществляется по КСГ, соответствующей коду выполненной операции в соответствии со Справочником номенклатуры, несмотря на то, что затратоемкость терапевтической КСГ, к которой относится заболевание в соответствии с кодом [МКБ-10](consultantplus://offline/ref=7A3C8143DF18F0280414A69AED6BDD718C29B4037E13D2CC3F620835a3K), выше затратоемкости хирургической КСГ:

* хирургическая КСГ № 11 (операции на женских половых органах первого уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтические КСГ № 9 и КСГ № 10;
* хирургическая КСГ № 12 (операции на женских половых органах второго уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтическую КСГ № 9;
* хирургическая КСГ № 76 (операции на кишечнике и анальной области первого уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтическую КСГ № 18;
* хирургическая КСГ № 77 (операции на кишечнике и анальной области второго уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтическую КСГ № 18;
* хирургическая КСГ № 173 (операции на органе зрения первого уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтическую КСГ № 179;
* хирургическая КСГ № 245 (операции на мужских половых органах, взрослые, первого уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтическую КСГ № 242.
* хирургическая КСГ № 35 (операции на мужских половых органах, дети, первого уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтическую КСГ № 244.
* хирургическая КСГ № 301 (операции на органах полости рта первого уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтические КСГ № 207 и 300;
* хирургическая КСГ № 256 (операции на коже, подкожной клетчатке и придатках кожи первого уровня) не подлежит замене по коду заболевания МКБ-10 на терапевтическую КСГ № 271.

1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) осуществляется в соответствии с пунктами указанными ниже, за исключением случаев лечения, входящих в КСГ №№ 2, 3, 4, 5, 11, 12, 16, 71, 86, 99, 146-155, 157, 159, 167, 168, 172, 173, 174, 198, 219, 271, 301, 314, 316, 320. По данным КСГ случаи оплачиваются в размере 100,0% стоимости по соответствующей КСГ независимо от фактического срока лечения.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ *(вступает в действие с 1 мая 2018 года)*.

Если хирургическое лечение, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз по МКБ) *(вступает в действие с 1 декабря 2018 года).*

В случае если длительность лечения составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ *(вступает в действие с 1 мая 2018 года)*.

Если хирургическое лечение, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз по МКБ) *(вступает в действие с 1 декабря 2018 года).*

Оплата терапевтических КСГ по полному тарифу производится в случае лечения пациента в стационарном отделении не менее установленной длительности (Приложение №21). При длительности лечения менее установленного норматива оплата осуществляется в размере 50 % тарифа КСГ *(вступает в действие с 1 мая 2018 года и действует до 1 декабря 2018 года)*.

1. Гемодиализ и гемодиафильтрация оплачиваются по тарифу медицинской услуги независимо от условий проведения. При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационара наряду с медицинской услугой подлежит оплате помощь по КСГ, явившейся причиной госпитализации пациента. КСГ формируется на основании классификационных критериев.
2. При иммунизации против респираторно – синцитиальной вирусной инфекции (РСВ) с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб) детей, имеющих малую массу тела при рождении и/или врожденные заболевания с кодами МКБ-10 Q20-Q24, услуга отражается кодом номенклатуры А25.30.035 «Иммунизация против респираторно – синцитиальной вирусной инфекции (РСВ) с применением иммуноглобулина специфического (паливизумаб)» и представляется на оплату в дневном стационаре по КСГ № 121 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов» и в круглосуточном стационаре по КСГ № 316 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии». Данные КСГ используются для детей в возрасте до двух лет.
3. Если в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР идентифицирована РНК вируса гриппа, случай госпитализации представляется на оплату по КСГ №67 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» с указанием кода номенклатуры. Например, код А26.08.019.001 «Определение РНК вируса гриппа А» и кода заболевания по МКБ-10 J09 «Грипп, вызванный определенным идентифицированным вирусом гриппа».
4. Формирование ряда КСГ при заболеваниях болезней системы кровообращения (№70, 71, 75, 73, 92, 93, 194, 214, 216 в круглосуточном стационаре и № 33 в дневном стационаре) осуществляется по двум классификационным критериям – код диагноза и код номенклатуры услуги.

Если никаких услуг, являющихся классификационными критериями, больным не оказывалось, случай должен относиться в КСГ №91 «Инфаркт мозга, уровень 1).

Классификационные критерии отнесения к КСГ №92 и №93:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | КСГ |
| А06.12.031.001 | Церебральная ангиография тотальная селективная | 93 |
| А05.12.006 | Магнитно-резонансная ангиография с контрастированием (одна область) | 93 |
| А06.12.056 | Компьютерная - томографическая ангиография сосудов головного мозга | 93 |
| А25.30.036.002 | Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутривенного введения при инсульте | 92 |
| А06.12.031 | Церебральная ангиография | 93 |
| А25.030.036.003 | Назначение ферментных фибринолитических лекарственных препаратов для внутриартериального введения при инсульте | 93 |

1. КСГ №198 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» в круглосуточном и № 80 в дневном стационаре – используются для оплаты краткосрочных (не более трех дней) случаев госпитализации, целью которых является проведение затратоёмкого диагностического обследования при болезнях системы кровообращения.

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации критериев: услуга, представляющая собой метод диагностического обследования, и терапевтический диагноз.

1. КСГ № 233 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» применяется при комбинации кодов МКБ -10 травм в 2 и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности) или один диагноз множественной травмы и травмы в нескольких областях тела в сочетании с одним из нижеследующих диагнозов: J94.2, J94.8, J94.9, J93, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J96.0, N17, T79.4, R57.1, R57.8.
2. Отнесение к КСГ № 221 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования» осуществляется с применением соответствующего кода номенклатуры из раздела «B». Данная КСГ не используется ГАУЗ «Брянский областной онкологический диспансер».
3. Если в результате госпитализации у пациента диагностировано заболевание, не входящее в территориальную программу ОМС (туберкулез, ВИЧ-инфекция, психическое расстройство или расстройство поведения), случай оплачивается из средств ОМС с использованием диагностической терапевтической КСГ № 318 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекция, психического расстройства и расстройства поведения». Для включения в реестр данного случая вводятся коды МКБ-10 двух диагнозов: диагноза при поступлении (заболевание, входящее в ТП ОМС) и диагноз заболевания, установленный на момент выписки.
4. КСГ № 107 «Малая масса тела при рождении, недоношенность» применяется при весе новорожденного более 1000 г.; при весе новорожденного от 500 до 999 г. используется КСГ № 108 «Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость».
5. Использование КСГ № 45 и № 46 - Детская хирургия первого и второго уровня и КСГ № 109 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций» определяется возрастом пациента на начало страхового случая, а также наличием признаков недоношенности. Для недоношенных детей, о чем свидетельствует код МКБ -10 сопутствующего диагноза P05-P07, возрастной период составляет не более 90 дней со дня рождения, для доношенных детей критерием новорожденности является возраст не более 28 дней.
6. Медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация», оказанная в специализированных реабилитационных отделениях, представляется двумя кодами номенклатуры: один код отражает характер медицинской реабилитации, другой код - оценку имеющихся у пациента функциональных нарушений в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации (ШРМ). Справочник шкалы реабилитационной маршрутизации отражен в Приложении № 9.

Например, медицинская реабилитация пациента, перенесшего черепно-мозговую травму, имеющего оценку функциональных нарушений 5 баллов, представляется двумя кодами номенклатуры: B05.024.003 - услуги по реабилитации пациента, перенесшего черепно-мозговую травму и B05.070.009.005 – оценка функциональных нарушений 5 баллов. Данным кодам соответствует КСГ круглосуточного стационара №326 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)».

1. При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. При оценке 0 – 1 балла по ШРМ пациент не подлежит медицинской реабилитации в условиях специализированных реабилитационных отделений.
2. Химиотерапевтическое лечение злокачественных новообразований представляется на оплату кодом диагноза МКБ из класса С, входящим в диапазон C00-C80, и кодом Номенклатуры A25.30.039, дополненным сведениями о коде схемы лекарственной терапии в соответствии с приложением № 32 к Тарифному соглашению. Схемы лекарственной терапии содержат код схемы лечения, международное непатентованное наименование (МНН) лекарственных препаратов, входящих в состав схемы, режим дозирования и способ их введения, длительность цикла лекарственной терапии, рекомендуемое число госпитализаций в год, а также признак принадлежности к ЖНВЛП. Назначение лекарственного препарата, не входящего в актуальный перечень ЖНВЛП, осуществляется по решению врачебной комиссии.

В случае применения лекарственных препаратов, входящих в группу моноклональных антител, используется код номенклатуры A25.30.033.001- Назначение биотерапии с применением моноклональных антител при онкологическом заболевании у взрослых. При назначении лекарственных препаратов группы ингибиторов протеинкиназы при злокачественном новообразовании у взрослых используется код номенклатуры A25.30.033.002, оплата осуществляется по КСГ №157 в круглосуточном и №63 в дневном стационаре.

Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе оплачивается по КСГ №156 в круглосуточном и №62 в дневном стационаре по следующим кодам номенклатуры:

A25.05.001 - Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях системы органов кроветворения и крови;

A25.05.004 - Назначение лекарственных препаратов при новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;

A25.05.005 - Назначение лекарственных препаратов при отдельных болезнях, протекающих с вовлечением лимфоретикулярной ткани и ретикулогистиоцитарной системы;

A25.30.038 - Назначение лекарственных препаратов при пузырном заносе.

1. Реанимационные КСГ № 322-324 формируются по следующим кодам 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 |

1. При проведении реанимационной помощи по поводу органной дисфункции при четырех КСГ: КСГ № 22 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ № 62 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ № 220 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ № 299 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» указывается дополнительно код номенклатуры A16.09.011.007 при выполнении одновременно двух условий:

* Оценка состояния пациента в наиболее критический период госпитализации составляет не менее 5 баллов по шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA) – Приложение №23;
* Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более.

1. При непрерывном проведении искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более при основном заболевании, включенном в КСГ №321 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» реанимационная помощь отражается кодом номенклатуры A16.09.011.008.
2. При лечении по КСГ № 339 «Старческая астения» в структурных подразделениях, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия», осуществляется оценка функциональной зависимости пациента по шкале Бартела исходя из следующих параметров:

| Параметр | Критерии |
| --- | --- |
| Прием пищи | 0 – полностью зависим  5 – частично нуждается в помощи или требует специальной диеты  10 – независим |
| Прием ванны | 0 – зависим  5 – независим при приеме ванны (душа) |
| Гигиенические процедуры | 0 – нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены  5 – самостоятельно чистит зубы, умывается, причесывается |
| Одевание | 0 – полностью зависим  5 – частично нуждается в помощи, но может выполнять примерно половину действий самостоятельно  10 – не нуждается в помощи (в том числе при застегивании пуговиц, молний, завязывании шнурков и т.п.) |
| Акт дефекации | 0 – недержание (или необходимо применение клизмы)  5 – периодическое недержание  10 – полностью контролирует |
| Акт мочеиспускания | 0 – недержание, или катетеризация, или задержка мочеиспускания  5 – периодическое недержание  10 – полностью контролирует |
| Пользование туалетом | 0 – полностью зависим от окружающих  5 – нуждается в некоторой помощи, но часть действий может выполнять самостоятельно  10 – не нуждается в помощи (одевается, осуществляет гигиенические процедуры) |
| Перемещение (с кровати на стул и обратно) | 0 – перемещение невозможно, не удерживает равновесие сидя  5 – нуждается в значительной помощи (физической, одного или двух человек), может сидеть  10 – нуждается в незначительной помощи (вербальной или физической)  15 – не нуждается в помощи |
| Передвижение (на ровной поверхности) | 0 – неспособен к передвижению, или <50 метров  5 – самостоятельное перемещение в инвалидном кресле, включая углы, >50 метров  10 – ходит с помощью одного лица (вербальной или физической), >50 метров  15 – не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например, трость), >50 метров |
| Ходьба по лестнице | 0 – неспособен подниматься по лестнице даже с поддержкой  5 – нуждается в помощи (вербальной, физической, вспомогательном средстве)  10 – не нуждается в помощи |

Если возраст пациента превышает 60 лет и суммарный индекс Бартела составляет 60 баллов и менее, используется код номенклатуры B03.007.002 и применяется КСЛП, установленный тарифным соглашением (Приложение №20).

1. Выполнение косметических процедур за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В связи с этим оплата медицинских вмешательств: A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия», A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» осуществляется только 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. При представлении на оплату отражается код МКБ-10 заболевания или травмы роговицы, вызвавшее нарушение зрения.
2. День поступления и день выписки составляют 1 койко-день госпитализации.
3. По тарифу медицинской услуги «оказание в приемном покое медицинской помощи без последующей госпитализации» представляются на оплату услуги, оказанные лицам, имеющим направления из амбулаторно-поликлинической службы.
4. МО ведут медицинскую документацию – форму № 001/у «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации», где указывается, в том числе, код клинического диагноза по МКБ-10, установленного в приемном покое. В реестре счетов отражаются сведения о враче, принявшим решение об отказе в госпитализации.
5. Не подлежат представлению к оплате медицинские услуги приемного покоя в случае госпитализации пациента.
6. Приемное отделение при наличии медицинских показаний на койках досуточного пребывания (от 3 до 24 часов) проводит комплекс мер (диагностические исследования, динамическое врачебное наблюдение, консультации врачей-специалистов, лечебные мероприятия) с целью оценки степени тяжести состояния пациента, проведения дифференциальной диагностики, установления показаний для госпитализации и определения профиля отделения, в предоставлении медицинской помощи в котором нуждается пациент. В приемном отделении ведется медицинская карта стационарного больного (Ф-003/у). Услуга приемного отделения на койках досуточного пребывания оплачивается по тарифу приемного отделения.
7. Если в приемном отделении по результатам лечебно - диагностических мероприятий установлены показания для госпитализации в специализированное отделение медицинской организации, медицинская услуга приемного отделения на оплату не представляется, пациенту продолжается оказание медицинской помощи в профильном отделении с ведением единой медицинской карты стационарного больного (Ф-003/у).
8. При отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в специализированное отделение данной МО или в другие медицинские организации, приемное отделение извещает медицинскую организацию, к которой пациент прикреплен для оказания первичной медико – санитарной помощи, о необходимости посещения пациента участковым врачом или врачом общей практики, в том числе в случае самовольного ухода пациента.
9. При оказании стационарной медицинской помощи ведется первичная медицинская документация: медицинская карта стационарного больного (Ф-003/у), медицинская карта прерывания беременности (Ф-003-1/у), история родов (Ф-096/у), история развития новорожденного (Ф-097/у) и статистическая карта выбывшего из стационара (Ф-066/у-02).
10. В случае перевода пациента внутри лечебного учреждения из одного отделения в другое ведется единый медицинский документ - медицинская карта стационарного больного (Ф-003/у).
11. В случае внутрибольничного перевода при досуточной госпитализации по поводу различных заболеваний представляется к оплате 1 случай госпитализации отделением, завершившим лечение.
12. Случаи оказания медицинской помощи в двух и более профильных отделениях стационара по поводу различных заболеваний подлежат оплате как отдельные случаи госпитализации по тарифам соответствующих КСГ, за исключением случаев возникновения нового заболевания в результате осложнения или прогрессирования основного заболевания, ятрогении. Данные случаи внутрибольничного перевода представляется на оплату отделением, в котором завершено лечение, с учетом койко/дней и медицинских вмешательств, фактически проведенных в отделении, в котором начато стационарное лечение, и подлежат внутреннему контролю объема и качества медицинской помощи в МО, а также экспертному контролю страховой медицинской организацией.
13. Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящихся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение; - дородовая госпитализация пациентки на койку патологии беременности в случае пребывания на койке патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим переводом для родоразрешения.

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

* O14.1 Тяжелая преэклампсия.
* O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.
* O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.
* O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.
* О34.2 – Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

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

1. КСГ № 158 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируется на основании двух кодов МКБ: D70-Агранулоцитоз в поле «Основное заболевание», и кода ЗНО, по поводу которого проводилась химиотерапия – С00-С80 или С97 в поле «Дополнительный диагноз».

Данная КСГ применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз являются основным поводом для госпитализации.

1. КСГ № 159 «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований» формируется по коду МКБ-10 (C.) и коду Номенклатуры A11.12.001.002 Имплантация подкожной венозной порт системы.
2. Тариф КСГ для детского возраста (КСГ № 31 – 55, 57,61,62,64,66,80, 181-184,186,190, 207, 334-338) применяется, если на день начала страхового случая пациенту не исполнилось 18 лет.
3. При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар дата выписки не должна соответствовать дате поступления.
4. Одному из родителей, иному члену семьи или законному представителю предоставляется возможность находиться в отделении круглосуточного стационара вместе с больным ребенком в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка.
5. В медицинской карте стационарного больного в графе «Особые отметки» лечащим врачом делается соответствующая запись о лице, ухаживающим за госпитализированным больным ребенком (фамилия, имя, отчество; степень родства; медицинские показания для ухода за ребенком старше 4-х лет). Лицо, осуществляющее уход за ребенком в возрасте до 4-х лет, при наличии медицинских показаний – старше указанного возраста, обеспечивается питанием и койкой.
6. **Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи**
7. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при наличии лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в пределах утвержденных Комиссией объемов.
8. Карта стационарного больного, получающего высокотехнологичную медицинскую помощь, должна содержать решение врачебной комиссии в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы». Протокол решения врачебной комиссии отражает сведения о наличии у пациента заболевания (состояния), для лечения которого запланировано оказание высокотехнологичной помощи, включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, входящей в базовую программу ОМС, финансирование которой осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС. В реестр счетов данного страхового случая вносится номер решения врачебной комиссии, а также код вида и код метода высокотехнологичной медицинской помощи.
9. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи и Приложении № 22 к Тарифному соглашению. Страховой случай представляется на оплату по тарифу высокотехнологичной медицинской помощи, если по результату внутреннего контроля объема и качества медицинской помощи, проведенного в МО, установлено выполнение в полном объеме диагностических и лечебных мероприятий, достигнут ожидаемый результат, выполнен установленный норматив сроков лечения. Результат внутреннего контроля предоставленного высокотехнологичного лечения отражается в карте стационарного больного, а также в реестре счетов медицинской помощи кодом номенклатуры А13.29.009 - экспертное консультирование.
10. При несоответствии одному из вышеперечисленных условий – не выполнены в полном объеме диагностические и/или лечебные мероприятия, пациент выписан досрочно, умер, переведен в другую медицинскую организацию и т.д., случай подлежит оплате по соответствующей КСГ специализированной медицинской помощи, за исключением случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи с использованием имплантов, разрешенных для применения в РФ. Оплата данных случаев осуществляется по тарифу ВМП.
11. Не подлежат представлению на оплату по тарифам высокотехнологичной помощи случаи, при которых лечение осуществляется с использованием лекарственных препаратов, полученных пациентом бесплатно по рецепту врача в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет средств федерального или регионального бюджета.
12. Коэффициент сложности лечения пациента не применяется к тарифам высокотехнологичной медицинской помощи.
13. Тарифы высокотехнологичной медицинской помощи включают все статьи, подлежащие финансированию из средств ОМС.
14. **Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.**
15. Общие правила формирования КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, осуществляется в пределах утвержденных на текущий год объемов медицинской помощи в случаях.
16. Используются соответствующие Справочники кодов МКБ, кодов номенклатуры, кодов схем лекарственной терапии ЗНО и шкалы медицинской реабилитации.
17. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) осуществляется в соответствии с пунктами указанными ниже, за исключением случаев лечения, входящих в КСГ №№ 3, 4, 5, 6, 7, 33, 38, 54-61, 65, 66, 69, 71-74, 80, 118, 121. По данным КСГ оплата осуществляется в размере 100,0% стоимости по соответствующей КСГ независимо от фактического срока лечения.

В случае если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ *(вступает в действие с 1.05.2018 г.)*.

Если хирургическое лечение, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз по МКБ) *(вступает в действие с 1 декабря 2018 года)*.

В случае если длительность лечения составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ *(вступает в действие с 1.05.2018 г.).*

Если хирургическое лечение, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз по МКБ) *(вступает в действие с 1 декабря 2018 года).*

1. Оплата терапевтических КСГ по полному тарифу производится в случае лечения пациента в дневном стационаре не менее установленной длительности. (Приложение №28). При длительности лечения менее установленного норматива оплата осуществляется в размере 50 % тарифа КСГ *(вступает в действие с 1.05.2018 г. и действует до 1 декабря 2018 года).*
2. Оплата по КСГ дневного стационара осуществляется при ряде заболеваний и состояний, при которых медицинская помощь круглосуточного стационара не оплачивается. Например:

* Искусственное прерывание беременности (аборт) - КСГ № 6;
* Аборт медикаментозный (B03.001.005) - КСГ №7;
* Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии (A25.09.001.003) - КСГ №117 и др.

1. Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, к тарифу КСГ №5 «Экстракорпоральное оплодотворение» для оплаты различных этапов применятся следующие поправочные коэффициенты (КСЛП):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код  номенклатуры | Наименование этапов проведения ЭКО | Значение КСЛП |
| A11.20.017.003 | Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции) | 0,6 |
| A11.20.017.004 | Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов | 1 |
| A11.20.017.001 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов | 1 |
| A11.20.017.002 | Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов | 1,1 |
| A11.20.017.005 | Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл) | 0,19 |

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № 5 с применением КСЛП в размере 0,19. В случае проведения в рамках одного случая всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ № 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ № 5 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

1. День поступления и день выписки составляют 2 пациенто/дня госпитализации. Учитываются все дни лечения, включая праздничные и выходные дни от даты поступления пациента в дневной стационар до даты выписки. Пациенту предоставляются медикаментозные средства для лечения в праздничные и выходные дни.
2. При переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар дата выписки можетсоответствовать дате поступления.
3. Курсовое противовирусное лечение больных при хронических вирусных гепатитах в условиях дневного стационара представляется на оплату комбинацией кода (кодов) МКБ-10 и кода номенклатуры, отражающего характер лекарственной противовирусной терапии (Приложение №19). Тариф КСГ соответствует возмещению усредненных затрат на лечение в течение одного месяца.
4. Медицинская помощь по профилю «Медицинская реабилитация» представляется двумя кодами номенклатуры: один код отражает характер медицинской реабилитации, другой код – оценку имеющихся у пациента функциональных нарушений в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации (ШРМ). Справочник ШРМ отражен в Приложении№9.
5. При оценке 2-3 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.
6. Оплата по 2 КСГ осуществляется, когда пациенту по завершению лечения оказывается медицинская реабилитация в тоже медицинской организации по диагнозу, по которому осуществлялось лечение.

1. **Порядок оплаты скорой медицинской помощи**
2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному детскому и взрослому населению вне медицинской организации, в транспортном средстве при медицинской эвакуации, осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.
3. Порядок организационного и финансового взаимодействия при оплате скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на обслуживаемых застрахованных лиц утвержден тарифным соглашением (Приложение №8).
4. МО формирует реестр оказанной медицинской помощи по тарифам вызова, соответствующим профилю бригады. Констатация смерти представляется к оплате по тарифу фельдшерской линейной бригады.
5. Проведение тромболитической терапии представляется на оплату отдельным тарифом.
6. При оказании скорой медицинской помощи ведется «Карта вызова скорой медицинской помощи» (учетная форма № 110/у), которая заполняется в полном объеме на каждый случай выезда бригады скорой медицинской помощи, а так же «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему» (учетная форма № 114/у), который заполняется при доставке пациента в МО.
7. Информация о вызовах, обслуженных скорой помощью по поводу хронических заболеваний, подлежит передаче амбулаторной службе ежедневно в полном объеме.
8. Повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова подлежит целевой экспертизе СМО*.*
   1. **Порядок оплаты медицинских услуг**
      1. Оплата отдельных медицинских услуг осуществляется по тарифам в пределах объемов, утвержденных Комиссией на текущий год.

Отдельные медицинские услуги представляются на оплату в случае предоставления медицинской помощи пациенту в амбулаторных условиях. Не подлежат представлению на оплату отдельные медицинские услуги, проведенные пациентам, находящимся на стационарном лечении.

* + 1. При проведении диагностического исследования методом компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии на оплату представляются исследования не более двух органов (отделов).
    2. Отдельные медицинские услуги представляются на оплату при наличии направления из амбулаторного звена. Направления в МО хранятся в течение 3-х лет и предъявляются по запросу СМО при проведении контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.
    3. При проведении медицинской услуги гемодиализ (А18.05.002) или гемодиафильтрация (А18.05.011) в медицинской организации ведется карта динамического наблюдения диализного больного (форма № 003-1/у). Представление на оплату производится в качестве одного обращения за календарный месяц.

**IV. Требования к оформлению и формированию реестров счетов  
 медицинской помощи и счетов-фактур**

1. Персонифицированную информацию об оказанной медицинской помощи МО вносят в информационную систему ONLINE- МОНИТОРИНГ в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия между участниками и субъектами сферы ОМС Брянской области.ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи» осуществляет информационный обмен с ТФОМС в формате XML в соответствии с требованиями, изложенными в разделе В «Регламента информационного взаимодействия между участниками и субъектами сферы обязательного медицинского страхования» Приложение №36 и Приложение № 38 «Порядок проведения мониторинга ТПГГ ОМС»
2. При оказании застрахованным лицам медицинской помощи при состояниях, в отношении которых есть основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий юридических и/или физических лиц, МО вносит информацию в поле «особый случай». Порядок возмещения финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оказанной в связи с причинением вредаздоровью застрахованных в результате противоправных действий юридических и физических лиц, утвержден тарифным соглашением (Приложение №39).
3. По окончании отчетного периода МО в течение 2-х рабочих дней представляют в ТФОМС информацию об оказанной медицинской помощи.
4. В реестр медицинской помощи отчетного периода (отчетный месяц) включаются:
   * информация о медицинской помощи, оказанной в данном месяце;
   * информация о медицинской помощи, которая скорректирована после отклонения от представления на оплату по результату МЭМ, проведенного ТФОМС, и по результатам МЭК, проведенного СМО, но не позднее двадцати пяти рабочих дней от даты получения в электронном виде актов результатов МЭМ/МЭК.
5. ТФОМС в течение 3-х рабочих дней проводит в автоматизированном режиме медико-экономический мониторинг объединенной базы данных оказанной медицинской помощи, предусматривающий определение страховой принадлежности застрахованных лиц, контроль выполнения плановых объемов медицинской помощи и контроль корректности персонифицированной информации об оказанной медицинской помощи в соответствии с утвержденным тарифным соглашением Порядком проведения мониторинга реализации территориальной программы ОМС (Приложение №38).
6. ТФОМС по результатам проведенного МЭМ передает в МО в PDF формате подписанный электронной подписью Протокол МЭМ.
7. Реестры медицинской помощи, прошедшей МЭМ и подлежащие представлению на оплату, СМО получают в XML-формате на закрытом WEB-портале защищенной корпоративной сети по адресу: http://10.32.0.1:8080.
8. На основании сводных данных ТФОМС об объемах и стоимости медицинской помощи, подлежащей представлению на оплату в разрезе СМО, МО формирует счет-фактуру, который должен содержать следующую информацию:
   * номер счета-фактуры и дата оформления счета-фактуры (последнее число отчетного месяца);
   * реквизиты продавца и покупателя: почтовый адрес, идентификационный номер (ИНН/КПП);
   * наименование оказанных услуг: амбулаторная помощь, в том числе стоматологическая; дневной стационар; стационарная помощь; услуги приемного отделения и приемного покоя; вызовы скорой помощи; диспансеризация и профилактические осмотры; отдельные медицинские услуги;
   * единица измерения: посещение/обращение/человек, УЕТ/посещения/обращение/человек, койко-день/случай/человек, пациенто-день/случай/человек**,** услуга приемного отделения/человек**;** услуга приемного покоя/человек**;** вызов/человек; случай диспансеризации/человек; случай профилактического осмотра/человек; медицинская услуга/человек;
   * объемы медицинской помощи;
   * стоимость медицинских услуг (цифрами);
   * электронная подпись главного врача и главного бухгалтера МО.
9. Порядок предоставления услуг удостоверяющего центра электронной подписи утвержден тарифным соглашением (Приложение №37).

# V. Порядок предоставления и оплаты счетов-фактур и реестров счетов медицинской помощи

1. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в Брянской области, осуществляется на основании реестров счетов и счетов-фактур, представленных МО в соответствующую СМО.
2. В ТФОМС по защищенным каналам связи ViPNet для оплаты медицинской помощи предоставляются реестры счетов медицинской помощи, оказаннойлицам, застрахованным за пределами Брянской области («иногородним»),а также ветеранам Великой Отечественной войны, постоянно проживающим в странах Балтии, но временно находящимся на территории Брянской области, не позднее 6 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения страхового случая.
3. Реестр счетов медицинской помощи в электронном виде (ХМL-формат) публикуются ТФОМС Брянской области на закрытом WEB – портале в течение 6 рабочих дней после окончания отчетного периода. Одновременно с реестрами счетов медицинская организация представляет в СМО в электронном виде счёт-фактуру, заверенный электронной подписью руководителя и главного бухгалтера.
4. Факт предоставления медицинской организацией документации в электронном виде подтверждается предоставлением от СМО и ТФОМС в адрес МО электронного ордера.
5. СМО и ТФОМС осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Порядком организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 года № 230.
6. Медико-экономический контроль оказанной медицинской помощи осуществляется в виде автоматизированного первичного экспертного контроля, проводимого сплошным методом в течение 3 рабочих дней после получения документов.
7. После проведения МЭК СМО и ТФОМС в течение 5 рабочих дней направляют в МО Акт медико-экономического контроля по каждому предоставленному реестру счетов в электронном виде, заверенном электронной подписью директора СМО, ТФОМС.

ТФОМС (в части межтерриториальных расчетов) направляет медицинской организации в электронном виде результат МЭК в установленном формате.

СМО публикуют на едином ресурсе медицинской помощи результат проведенного медико-экономического контроля, который автоматически становятся доступными медицинской организаций посредством информационной системы ONLINE-МОНИТОРИНГ.

1. Акт МЭК в электронном виде, заверенный электронной подписью главного врача, МО возвращает в течение 5 рабочих дней плательщику (СМО или ТФОМС).
2. СМО в течение 5-ти рабочих дней направляет в ТФОМС Акт МЭК реестра счетов оказанной медицинской помощи в электронном виде.
3. Ежемесячно (до 15 числа месяца, следующего за отчетным) СМО в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия (Приложение № 36) передает в ТФОМС Брянской области результаты МЭК, МЭЭ, ЭКМП**.**
4. При наличии отклоненных от оплаты по результатам МЭК случаев оказания медицинской помощи, МО вправе скорректировать информацию и представить в ТФОМС повторно в следующем отчетном периоде.
5. СМО может проводить МЭК повторно по заданию ТФОМС Брянской области.
6. Акты медико-экономической экспертизы и Акты экспертизы качества медицинской помощи, заверенные электронной подписью СМО, передаются в ТФОМС Брянской области ежемесячно в электронном виде.
7. ТФОМС результаты повторной экспертизы оформляет Актом реэкспертизы по результатам МЭЭ/ЭКМП.
8. Перечень нарушений обязательств МО, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты МО штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, утвержден тарифным соглашением (Приложение №31).
9. Акт медико-экономического контроля, Акт медико-экономической экспертизы, Акты экспертиз качества медицинской помощи и Акт реэкспертизы являются документами, на основании которых осуществляются финансовые расчеты между участниками ОМС (СМО, ТФОМС и МО).
10. СМО ежемесячно производит перечисление целевых денежных средств на счета МО в режиме «аванс-окончательный расчет». Размер авансового платежа и сроки перечисления финансовых средств за медицинскую помощь определены договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.
11. СМО и ТФОМС по результатам проведенного МЭК реестров счетов медицинской помощи производят окончательный расчет с МО в течение 3-х банковских дней.
12. МО при несогласии с результатами медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи, направляет протокол разногласий в страховую медицинскую организацию в течение 15 дней со дня получения Актов.

Страховая медицинская организация рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента его получения и направляет в медицинскую организацию результаты рассмотрения протокола.

МО в случае несогласия с результатами рассмотрения протокола разногласий страховой медицинской организацией в течение 15 дней со дня его получения направляют претензию (приложение № 9 к настоящей инструкции) в адрес ТФОМС.

1. ТФОМС в течение 30 рабочих дней от даты поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации документы и организует проведение повторных экспертиз (медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи), на основании которых оформляется решение комиссии территориального фонда, которое доводится до сведения СМО и МО.
2. СМО осуществляет исполнение решения комиссии ТФОМС по претензии в течение 30 рабочих дней от даты его получения и информирует ТФОМС.
3. Медицинские организации осуществляют финансовые расходы в соответствии с утвержденным в установленном порядке финансовым планом в пределах объемов фактически поступивших финансовых средств обязательного медицинского страхования и с учетом структуры тарифа по ОМС, утвержденной Тарифным соглашением.
4. Контроль целевого, эффективного и рационального использования средств ОМС осуществляется ТФОМС в соответствии с Порядком контроля использования средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным Тарифным соглашением (Приложение №35).