Приложение 9
к тарифному соглашению
в сфере обязательного медицинского
страхования на территории
Ставропольского края
от 24 января 2025 года

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Принципы оплаты медицинской помощи

1.1. Оплата медицинской помощи, оказанной согласно территориальной программе ОМС на территории Ставропольского края, осуществляется в соответствии с федеральными нормативными правовыми актами, регулирующими порядок оплаты медицинской помощи средствами ОМС, тарифным соглашением, иными утверждёнными в установленном порядке нормативными правовыми актами, регулирующими правоотношения в сфере ОМС, а также в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключённых по форме, утверждённой приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2020 № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС).

1.2. Тарифное соглашение является неотъемлемой частью заключённых медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и фондом договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам на территории Ставропольского края, производится по тарифам, установленным тарифным соглашением, в пределах плановых объёмов медицинской помощи в расчёте на календарный год.

Тарифы применяются с даты, определённой тарифным соглашением (далее – дата введения тарифов), и действуют в течение финансового года. При введении в течение финансового года новых тарифов ранее действовавшие тарифы не подлежат применению.

Тарифы применяются в соответствии с правилами, установленными тарифным соглашением. При формировании стоимости случая оказания медицинской помощи применяются тарифы, действующие на момент окончания лечения.

1.4. Объёмы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского

страхования (далее – Комиссия) между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, с учётом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикреплённых застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц в пределах и на основе установленных территориальной программой ОМС объёмов предоставления медицинской помощи. В целях распределения объёмов учитываются информация и предложения участников ОМС, в том числе медицинских организаций, сформированные посредством единого информационного ресурса, организованного фондом, а также результаты оценки эффективности деятельности медицинских организаций в целях определения возможности реализации заявленных медицинской организацией объёмов медицинской помощи.

Не реже одного раза в квартал Комиссия осуществляет оценку исполнения распределенных объёмов медицинской помощи, проводит анализ остатков средств ОМС на счетах медицинских организаций, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования. По результатам проведенной оценки и анализа в целях обеспечения доступности для застрахованных лиц медицинской помощи и недопущения формирования у медицинских организаций кредиторской задолженности Комиссия осуществляет при необходимости перераспределение объёмов медицинской помощи, а также принимает иные решения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.5. Комиссия распределяет на отчётный год и перераспределяет в течение года объёмы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включённых в реестр медицинских организаций), в пределах и на основе установленных Территориальной программой объёмов предоставления медицинской помощи, до 1 января года, на который осуществляется распределение.

1.6. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объёме территориальной программы ОМС медицинские организации самостоятельно регулируют выполнение плановых объёмов медицинской помощи, в том числе способом установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий оказания медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС, и длительности ожидания плановой медицинской помощи, установленной Территориальной программой.

1.7. Оплата медицинской помощи производится на основании предъявленных медицинскими организациями счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, сформированных в соответствии с установленными требованиями:

страховыми медицинскими организациями в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключённого по форме, утверждённой приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2020 № 1417 «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», и условиями договора о финансовом обеспечении ОМС, заключённого по форме, утверждённой приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2022 № 703н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования»;

фондом на основании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС, предъявляемых медицинскими организациями в фонд:

1) в рамках межтерриториальных расчётов в соответствии с условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;

2) в случае прекращения (расторжения) в установленном порядке договора о финансовом обеспечении ОМС, при этом в соответствии с Федеральным законом фонд оплачивает медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным страховой медицинской организацией, с которой прекращён (расторгнут) договор о финансовом обеспечении ОМС на основании условий договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, до момента выбора застрахованными лицами другой страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС на территории Ставропольского края, но не более двух месяцев.

1.8. Оплата медицинской помощи производится страховыми медицинскими организациями или фондом с учётом результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведённого в соответствии с Порядком контроля, на основании реестров счетов и счетов на оплату, предъявленных медицинскими организациями, в сроки и на условиях, установленных договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1.9. Медико-экономический контроль превышения размера финансового обеспечения распределенного объёма предоставления медицинской помощи проводится ежемесячно.

Контроль превышения объёма финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС, осуществляется исходя из доли от установленных медицинской организации объёмов финансового обеспечения нарастающим итогом с начала финансового года

(согласно таблице 1), за исключением следующих случаев, медико-экономический контроль превышения распределенного объёма которых проводится исходя из годового объёма финансового обеспечения соответствующей медицинской помощи:

1) проведения первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения и отдельных категорий детского населения, в том числе углублённой диспансеризации;

2) проведения первого этапа диспансеризации лиц репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья (женщин и мужчин);

3) профилактических медицинских осмотров взрослого и детского населения.

Таблица 1

Доля
от установленного объёма финансового обеспечения,
подлежащая оплате за расчётный период

Расчётный период	%
за январь	8,33
за январь – февраль	16,66
за январь – март	30,00
за январь – апрель	38,33
за январь – май	46,67
за январь – июнь	55,00
за январь – июль	61,50
за январь – август	68,00
за январь – сентябрь	75,00
за январь – октябрь	83,33
за январь – ноябрь	91,66
за январь – декабрь	100,00

Превышение объёма финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС, осуществляется ежемесячно исходя из 1/12 от установленных медицинской организации объёмов финансового обеспечения нарастающим итогом в период с начала финансового года и по октябрь (включительно), в иных случаях (за январь – ноябрь, январь – декабрь) – контроль проводится исходя из годового объёма финансового обеспечения медицинской помощи.

1.10. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ставропольского края лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по видам, условиям и формам, включённым в базовую программу ОМС, способами и по тарифам, действующим на территории Ставропольского края.

1.11. Счета, принятые к оплате, формируются в информационной системе фонда и направляются плательщикам на основании предъявленных медицинскими организациями к оплате счетов и реестров счетов и результатов медико-экономического контроля.

При несогласии с результатами контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинская организация формирует и направляет в фонд и (или) в страховую медицинскую организацию протокол разногласий по правилам, установленным Порядком контроля.

1.12. Регламент информационного взаимодействия при расчётах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Ставропольского края, утверждается фондом.

2. Особенности применения ФДПн и нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1. При оплате медицинской помощи по тарифу ФДПн и нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации в реестры счетов на оплату медицинской помощи ОМС в обязательном порядке включаются все единицы объёма медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по установленным тарифам.

2.2. Информация об оказанной в амбулаторных условиях медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по ФДПн и нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, формируется и предоставляется плательщику отдельным реестром счетов.

2.3. По тарифу ФДПн оплачивается оказанная медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, первичная врачебная, доврачебная и специализированная медико-санитарная помощь, указанная в пункте 2.1.1 тарифного соглашения, застрахованным на территории Ставропольского края лицам, на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц по состоянию на первое число отчётного месяца.

2.4. До момента реализации застрахованным лицом права на выбор медицинской организации и врача (фельдшера), оказывающего первичную медико-санитарную помощь, прикрепившимися для обслуживания считаются застрахованные лица, проживающие на обслуживаемом участке и находящиеся на медицинском обслуживании врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или фельдшером.

2.5. Медицинские организации ежедневно предоставляют в информационный ресурс ТФОМС СК сведения о застрахованных лицах, подавших заявления о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, при наличии – предоставляются сведения о присвоении адресов жилым объектам, расположенным на территории закреплённой зоны обслуживания, строительство которых завершено, а также информацию о предоставлении адресных элементов между врачебными участками.

3. Особенности применения тарифов посещения, обращения при оплате первичной медико-санитарной помощи

3.1. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая оказания медицинской помощи.

Случай лечения заболевания считается завершённым при наступлении клинического исхода (улучшение, выздоровление) и (или) организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевод в другую медицинскую организацию, отказ от получения медицинской помощи, в том числе неявка пациента, прекращение наблюдения, вне зависимости от формы лечения).

3.2. При продолжении начатого ранее лечения в другой медицинской организации или направлении на консультацию, обследование в другую медицинскую организацию, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой медицинской организации, к оплате предъявляются фактически выполненные объёмы медицинской помощи каждой медицинской организации по соответствующим тарифам.

3.3. При расчётах за оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях как законченный случай оказания медицинской помощи по тарифу посещения оплачиваются следующие случаи однократного оказания медицинской помощи:

посещения пациентом медицинской организации в связи с заболеванием или с иной целью, кроме случаев выполнения пациенту хирургического вмешательства;

посещения пациентом медицинской организации, в связи с отказом пациента от дальнейшего лечения, в том числе в связи неявкой на повторный приём или по иным независящим от медицинской организации причинам при выполнении хирургического вмешательства;

посещения при наблюдении здоровых детей первого года жизни;

наблюдение беременных женщин;

посещения по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и Календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, иными нормативными документами (финансовое обеспечение приобретения иммунобиологических препаратов предоставляется за счёт средств соответствующих бюджетов в соответствии с законодательством Российской Федерации).

3.4. Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения самостоятельного приёма с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

3.5. Два и более посещения в один день к врачу (специалисту со средним медицинским образованием, ведущему самостоятельный приём) одной специальности (профиля) в одной медицинской организации предъявляются к оплате в случаях как одно посещение, кроме посещений к врачам центров здоровья, приёма (тестирования, консультации) медицинского психолога, посещений школ для пациентов с сахарным диабетом или повторных посещений для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, которые предъявляются к оплате по установленному тарифным соглашением тарифу посещения.

3.6. Оплате как посещение не подлежат консультации врачами поликлиник, а также врачами региональных телемедицинских консультативных центров больных, находящихся на лечении в стационарных условиях.

Оплате как однократное посещение не подлежит первое посещение в связи с оказанием медицинской помощи в связи с заболеванием в амбулаторных условиях или на дому, кроме посещений при оказании неотложной медицинской помощи, если случай лечения в связи с заболеванием продолжается.

3.7. Посещение при оказании неотложной медицинской помощи подлежит оплате в случае оказания неотложной медицинской помощи в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-специалистами, при условии организации в структуре лечебного учреждения отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи, осуществляющего свою деятельность в соответствии с приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [1] .

---

[1] Приложение 5 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утверждённому приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приложение 4 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утверждённому приказом Министерства здравоохранения Российской

3.8. Групповое профилактическое консультирование врачами-специалистами пациентов с хронической патологией, состоящих на диспансерном учёте по соответствующему заболеванию, предъявляется к оплате по тарифу комплексного посещения школы здоровья в порядке, установленном приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и министерства здравоохранения Ставропольского края [2], если сопровождаются записью в первичной медицинской документации. Медицинская помощь больным с сахарным диабетом в амбулаторных условиях в форме школы здоровья или школы пациента для больных сахарным диабетом оказывается не реже одного раза в год. Медицинская помощь в форме школы для пациентов с сахарным диабетом оплачивается за единицу объёма – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий, а также проверку дневника самоконтроля. Тариф комплексного посещения установлен в расчёте на одного пациента.

3.9. Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усреднённую стоимость лабораторных и диагностических исследований. При планировании объёмов медицинской помощи следует руководствоваться приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Набор необходимых диагностических услуг и консультаций врачей-специалистов определяется лечащим врачом с учётом профиля заболевания пациента и его состояния.

Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».

[2] Оплате подлежат школы здоровья для больных сахарным диабетом, с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью и с пульмонологическими заболеваниями, алиментарно-зависимыми заболеваниями организуемые в соответствии с приказами министерства здравоохранения Ставропольского края от 20.07.2023 № 01-05/670 «О некоторых мерах по реализации на территории Ставропольского края приказа министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология», от 20.09.2023 № 01-05/980 «О некоторых мерах по реализации на территории Ставропольского края Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская эндокринология», утверждённого приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 908н, Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология» и от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», от 15.11.2012 № 920н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология».

Норматив объёма медицинской помощи по диспансерному наблюдению включает в себя объёмы медицинской помощи застрахованным по ОМС лицам от 18 лет и старше, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров. При этом выделены нормативы объёма диспансерного наблюдения по поводу онкологических заболеваний, сахарного диабета, болезней системы кровообращения.

3.10. Объём медицинской помощи по диспансерному наблюдению детей, за исключением проживающих в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, включен в норматив объёма медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями, и осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

3.11. Количество и набор необходимых диагностических и лечебных услуг, приёмов лечащего врача и консультаций врачей-специалистов в обращении определяется с учётом профиля заболевания пациента и его состояния, а также согласно порядкам оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, при их отсутствии, в соответствии со сложившейся клинической практикой. При этом обращение включает не менее двух приёмов лечащего врача по поводу одного заболевания.

3.12. Случай оказания медицинской помощи в связи с заболеванием предъявляется к оплате по установленному тарифным соглашением тарифу обращения в связи с заболеванием, кроме случаев однократного посещения пациентом медицинской организации.

3.13. Посещения, выполненные находящемуся на амбулаторном лечении в медицинской организации пациенту, оплате дополнительно к тарифу обращения не подлежат, кроме посещений к врачам центров здоровья, приёма (тестирования, консультации) медицинского психолога, посещения школ для пациентов с сахарным диабетом.

3.14. Если при оказании первичной медико-санитарной помощи пациент направлен для лечения в амбулаторных условиях к врачу-специалисту, случай оказания медицинской помощи в связи с заболеванием предъявляется к оплате по тарифу обращения в связи с заболеванием согласно специальности врача-специалиста, оказавшего медицинскую помощь, и дополнительно по тарифу однократного посещения направившего врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики или фельдшера.

3.15. Если при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в один период времени пациент лечится у нескольких врачей-специалистов по поводу разных, не связанных между собой заболеваний, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу каждого выполненного обращения в связи с заболеванием согласно специальности врача-специалиста, оказавшего медицинскую помощь. В этом случае обоснованность оказания медицинской помощи в связи с заболеванием в амбулаторных условиях несколькими врачами-специалистами подтверждается результатами контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3.16. Случай оказания амбулаторной медицинской помощи пациенту при длительно текущем остром заболевании (более одного месяца) исключительно в амбулаторных условиях, при обострении хронического заболевания, при наблюдении беременных женщин с выявленной патологией как законченный случай оплачивается оказанная за истекший отчётный период медицинская помощь (ежемесячно) по тарифу обращения в связи с заболеванием при наличии двух или более посещений в отчётном месяце.

3.17. В случае однократного посещения пациентом медицинской организации в отчётном месяце, а также посещения женщиной медицинской организации при установлении диагноза беременности до постановки на учёт оказанная медицинская помощь оплачивается как профилактическое посещение или прочее посещение (в зависимости от цели обращения за медицинской помощью).

3.18. Если при оказании амбулаторной медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с кодом Номенклатуры указывается код хирургического вмешательства или коды хирургических вмешательств, если их было несколько.

3.19. В число посещений, входящих в обращение в связи с заболеванием, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

4. Особенности применения тарифов комплексного посещения при оплате профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках диспансеризации определенных групп населения

4.1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью предъявляется к оплате по установленному тарифным соглашением тарифу комплексного

посещения при условии выполнения стандарта законченного случая соответствующей диспансеризации, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации, или её первого этапа и при необходимости дополнительных консультаций и исследований.

4.2. Если по основаниям, установленным порядком проведения соответствующей диспансеризации, ребёнку проведены дополнительные консультации и исследования, указанная медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу обращений соответствующего врача-специалиста дополнительно к тарифу комплексного посещения в связи с проведением диспансеризации.

4.3. В случае если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в приказе Министерством здравоохранения Российской Федерации, указанная медицинская организация привлекает для проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

4.4. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения предъявляется к оплате по правилам, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учётом разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФОМС по итогам профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в случае выполнения в течение календарного года в рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации не менее 85% от объёма профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации – по установленной тарифным соглашением стоимости комплексного посещения.

Объём медицинской помощи второго этапа диспансеризации, в том числе диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, включён в норматив объёма медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

4.5. Единицей учёта врачебных осмотров при проведении профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках

диспансеризации определённых групп населения, является профилактическое посещение.

4.5. Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в течение года после заболевания вправе пройти углублённую диспансеризацию. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по углублённой диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), предъявляется к оплате в соответствии с тарифным соглашением по тарифу комплексного посещения при условии выполнения стандарта законченного случая, включающего исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, который приведён в таблице 5 приложения 13 тарифного соглашения. К учёту принимаются медицинские услуги, проведённые не ранее 60 дней после выздоровления COVID-19. Недопустимо использование результатов исследований, проведённых во время заболевания COVID-19.

4.6. Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья в соответствии с методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, утверждёнными заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Г. Камкиным и заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Г. Котовой 29.03.2024.

5. Особенности применения тарифов комплексного посещения при оплате мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних

5.1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних предъявляется к оплате по установленному тарифным соглашением тарифу обращения при условии выполнения стандарта законченного случая соответствующего мероприятия, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.2. В случае, если у медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейной медицине)», отсутствует лицензия на медицинскую деятельность в части выполнения иных работ (услуг), перечисленных в приказе Министерством здравоохранения Российской Федерации, указанная медицинская организация привлекает для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних медицинских работников иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление

медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг), в соответствии с договорами, заключаемыми между этими медицинскими организациями.

6. Особенности применения тарифов медицинской услуги при оплате стоматологической помощи

6.1. Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения за медицинской помощью стоматологических лечебно-диагностических услуг с указанием в реестре счетов кода выполненного посещения или обращения согласно количеству приёмов. При этом необходимо учитывать, что в соответствии с приказом министерства здравоохранения Ставропольского края от 02.08.2023 № 01-05/707 «О внесении изменений в приложения 3, 4 и 5 к приказу министерства здравоохранения Ставропольского края от 14.11.2011 № 01-05/747 «Об утверждении рекомендуемых нормативов в учреждениях здравоохранения Ставропольского края» пересчёт количества УЕТ в число врачебных посещений рекомендуется производить исходя из того, что одно посещение стоматолога включает в среднем до 4,2 УЕТ.

Медицинская организация обеспечивает соблюдение объёма медицинской помощи в УЕТ – нагрузки на одну ставку врача не более 38 УЕТ за один рабочий день при 33 часовой рабочей неделе.

6.2. Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объёма следует считать посещение с профилактической и иными целями, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учётом содержащегося в нём количества УЕТ.

6.3. Стоматологическая лечебно-диагностическая услуга предъявляется к оплате в случае, если соответствующая медицинская услуга не является составляющей частью оказанной пациенту комплексной медицинской услуги - приёма (осмотра, консультации) врача-стоматолога или зубного врача.

6.4. При проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС учитывается соблюдение при оказании стоматологической помощи принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2, 3 зубов) за одно посещение или обращение.

7. Особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях для определения показаний к госпитализации пациентов

7.1. В случаях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях персоналом медицинских организаций или их структурных подразделений (приёмных отделений стационаров) для определения показаний к госпитализации пациентам, не подлежащим госпитализации, медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу посещения в приёмном отделении.

7.2. Случай оказания медицинской помощи в приёмном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в установленном порядке. При этом минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

8. Особенности оплаты экстренной и неотложной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, персоналом больничных подразделений и подразделений скорой медицинской помощи

8.1. Экстренная и неотложная медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях персоналом больничных учреждений или других медицинских организаций, или их соответствующих структурных подразделений, предоставляющих специализированную медицинскую помощь, а также ПСМП при обращении пациента, не нуждающегося в госпитализации, непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, предъявляется к оплате по тарифу посещения при оказании неотложной помощи.

9. Особенности применения тарифов при оплате внешних медицинских услуг

9.1. Направление пациента для оказания внешних медицинских услуг, для которых тарифным соглашением предусмотрен тариф диагностической услуги, производится медицинскими организациями – заказчиками на основании направления лечащего врача, оказывающего амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, при наличии медицинских показаний и невозможности оказать услугу для достижения результата обращения за медицинской помощью. При этом оказывается и включается в реестр счетов на оплату медицинской помощи медицинская услуга, указанная в направлении лечащего врача.

9.2. Оплата внешних медицинских услуг, оказанных медицинскими организациями – исполнителями, производится страховыми медицинскими организациями за фактические оказанные внешние медицинские услуги в соответствии с тарифным соглашением. При этом оплате подлежат случаи оказания медицинских услуг, подтверждённые направлениями медицинских

организаций – заказчиков, в пределах объёмов, установленных Комиссией исполнителю.

9.3. Для обеспечения достоверности расчётов и контроля объёма выполненных внешних услуг медицинские организации – заказчики ежемесячно не позднее 5 рабочих дней месяца, следующего за отчётным, направляют реестры выданных направлений в медицинские организации – исполнители и в страховые медицинские организации. Страховые медицинские организации и медицинские организации – заказчики ежемесячно осуществляют сверку представленных данных с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по ОМС медицинских организаций – исполнителей.

9.4. Оплата медицинских услуг, не предусмотренных тарифным соглашением, или внешних медицинских услуг в объёме, превышающем установленный Комиссией, заказываемых в иных медицинских организациях или клинико-диагностических лабораториях при невозможности их выполнить для достижения результата обращения за медицинской помощью, производится медицинскими организациями согласно заключённым договорам (контрактам) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе законодательством о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

10. Особенности применения тарифов медицинской услуги при оплате первичной медико-санитарной помощи

10.1. При проведении пациенту методами КТ или МРТ исследования одного органа или одной группы органов в случае необходимости продолжения исследования с усилением, услуга предъявляется к оплате как одно исследование по тарифу медицинской услуги, установленному для соответствующего исследования с усилением.

В случае проведения пациенту методами КТ или МРТ исследования одновременно нескольких внутренних органов (двух и более), принадлежащих к одной группе исследуемых органов, услуга предъявляется к оплате как одно исследование по тарифу медицинской услуги, установленному для исследуемой группы органов (за исключением проводимых исследований опорно-двигательной системы, которые предъявляются к оплате в соответствии с количеством исследуемых отделов).

В случае проведения в один день пациенту методами КТ или МРТ исследования двух или более органов (группы органов), входящих в разные анатомические области с усилением, услуга предъявляется к оплате как одно исследование с усилением и иные исследования – без усиления.

Согласно стандартному протоколу исследования медицинская услуга A05.20.003.001.25 «Магнитно-резонансная томография молочной железы с контрастированием» левой и правой молочной железы проводится в один день одномоментно и предъявляется к оплате как одна услуга.

10.2. При проведении пациенту прижизненного патологоанатомического исследования в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменении фрагментов тканей, органов используются следующие критерии учёта:

при вырезке, проводке и микротомии – по числу объектов (объектом является один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при окраске микропрепаратов (постановке реакции, определении) – по числу объектов, обработанных одной окраской (реакцией, определением) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при пересмотре – описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала вне зависимости от объёма и количества.

11. Особенности применения тарифов КСГ при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

11.1. Случай оказания первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу КСГ, а в установленных пунктом 14 приложения 9 к тарифному соглашению случаях – в доле, определённой тарифным соглашением. В случае, установленном пунктом 18 приложения 9 к тарифному соглашению, стоимость случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях формируется с учётом стоимости выполненных пациенту услуг диализа.

11.2. При соблюдении установленных Территориальной программой и тарифным соглашением требований к объёму предоставляемой медицинской помощи, модели пациента, виду и методу лечения случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по правилам, установленным пунктом 12 приложения 9 к тарифному соглашению.

11.3. Законченный случай оказания первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу

КСГ при условии достижения клинического результата обращения за медицинской помощью.

11.4. В случае не достижения клинического результата обращения за медицинской помощью прерванный случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате в порядке, установленном пунктом 14 приложения 9 к тарифному соглашению.

При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указываются коды выполненных медицинских услуг согласно Номенклатуре.

11.5. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое или из одной медицинской организации в другую случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате согласно нижеуказанным правилам:

если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ с наибольшим размером оплаты;

если перевод производится из одной медицинской организации в другую, а заболевания или состояние относятся к одному классу МКБ 10, оказанная в медицинской организации, направившей пациента для продолжения лечения в другую медицинскую организацию, медицинская помощь предъявляется к оплате в порядке, установленном пунктом 14 приложения 9 к тарифному соглашению для оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

11.6. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной и наоборот) или из одной медицинской организации в другую, кроме указанных в подпункте 11.5 приложения 9 к тарифному соглашению случаев, оба случая лечения заболевания подлежат оплате по тарифам соответствующих КСГ, если перевод обусловлен нижеследующим:

возникновением нового заболевания или состояния, входящим в другой класс МКБ 10 и не являющимся следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным;

оказанием специализированной медицинской помощи в стационарных условиях с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов для оказания ВМП, а также после оказания ему ВМП при наличии медицинских показаний;

оказанием медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара после завершения лечения по поводу заболевания для проведения медицинской реабилитации;

оказанием медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения одного случая оказания медицинской помощи;

оказанием этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающего выписку пациента из стационара.

11.7. При оказании первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифам двух КСГ в следующих случаях:

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

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

этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности или в отделение сестринского ухода в течение 6 дней и более (за исключением случаев, указанных в приложении 28 тарифного соглашения) с последующим родоразрешением;

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

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

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

проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (выставление случая только по КСГ

«Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 – 3)», без основной КСГ не допускается. А также, выставление случаев по двум КСГ «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 – 3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается).

11.8. Если при оказании первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство или применена другая медицинская технология, являющаяся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате по тарифу хирургической или комбинированной КСГ.

11.9. Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры и правилами группировки КСГ, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства или иной примененной медицинской технологии согласно Номенклатуре.

11.10. Если в течение одного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара пациенту было выполнено несколько хирургических вмешательств (медицинских технологий), случай оказания медицинской помощи предъявляется на оплату по тарифу хирургической КСГ большей стоимости. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указываются коды всех выполненных пациенту хирургических вмешательств и примененных при лечении медицинских технологий согласно Номенклатуре.

11.11. В случаях, предусмотренных правилами группировки КСГ, отнесение хирургического случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара к той или иной КСГ осуществляется с учётом дополнительных критериев группировки: клинического и (или) сопутствующих диагнозов, осложнения заболевания, пола и возраста пациента, длительности лечения, а также оценки состояния пациента по шкалам, примененной схемы лечения, МНН лекарственного препарата или количества дней проведения лучевой терапии, длительности непрерывного проведения искусственной вентиляции легких (комбинированная группа КСГ). При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства или иной примененной медицинской технологии согласно Номенклатуре.

11.12. Если при оказании медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара пациенту не выполнялось

хирургическое вмешательство или не применялась другая медицинская технология, являющаяся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ, а случаях, предусмотренных правилами группировки КСГ – по тарифу соответствующей комбинированной КСГ.

11.13. Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется по правилам группировки КСГ в соответствии с кодом клинического диагноза согласно МКБ 10, при этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код МКБ 10, а также код МКБ 10 сопутствующих и других, предусмотренных форматом электронного файла реестра счетов, диагнозов при наличии таковых, а также код МКБ 10 диагноза при выписке в случае, если имело место изменение условий оказания медицинской помощи.

11.14. В случае если пациенту оказывалось оперативное лечение, но тариф хирургической КСГ, к которой подлежит отнесению случай лечения согласно настоящей части, меньше тарифа терапевтической КСГ, к которой его можно было бы отнести в соответствии с кодом МКБ 10, случай предъявляется к оплате по тарифу терапевтической КСГ (при отсутствии подлежащей применению согласно правилам группировки КСГ комбинированной КСГ). В этом случае в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код хирургического вмешательства согласно Номенклатуре.

11.15. Вышеуказанное правило отнесения случая к КСГ большей стоимости не применяется для указанных в приложении 29 тарифного соглашения комбинаций терапевтических и хирургических КСГ, при которых случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу хирургической КСГ, сформированной согласно оказанной медицинской услуге (основной классификационный критерий).

11.16. В случае оказания медицинской помощи пациенту, госпитализированному для введения лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов, приобретённых пациентом или его представителем за счёт личных средств), такой случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» в условиях круглосуточного и дневного стационара, а также по КСГ «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровни 1 – 4)» в условиях круглосуточного стационара и КСГ «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровни 1 – 4)» в условиях дневного стационара.

11.17. При наличии у пациента сопутствующего заболевания, опасных для жизни состояний, осложнений основного заболевания, тяжести состояния пациента, создания в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом (развёртывание индивидуального поста по медицинским показаниям, предоставление спального места и питания, при совместном нахождении с ребёнком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя и т.п.), при проведении пациенту сочетанных хирургических вмешательств; проведении однотипных операций на парных органах; а также с учётом сложности лечения пациента, связанной с возрастом или иными причинами случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара предъявляется к оплате с применением КСЛП, если по этим основаниям тарифным соглашением установлено его применение.

11.18. КСЛП применяется при наличии достаточных оснований и объективных причин изменения (увеличения или уменьшения) стоимости оказанной пациенту медицинской помощи в стационарных условиях, отдельных КСЛП – при наличии оснований, установленных тарифным соглашением. При этом КСЛП в связи с сопутствующим заболеванием применяется, если указанный сопутствующий диагноз не учтён правилами группировки КСГ и в соответствии со стандартом медицинской помощи проводилось лечение сочетанной патологии, требующей активных лечебно-диагностических мероприятий, не предусмотренных стандартом медицинской помощи при основном заболевании.

11.19. Обоснованность применения КСЛП подтверждается результатами контроля объёмов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи, кроме КСЛП, применяемых в связи с предоставлением спального места и питания законному представителю ребёнка до достижения им возраста 4 года, а также после достижения им возраста 4 года при наличии медицинских показаний.

11.20. Случаи оказания медицинской помощи с использованием лекарственной терапии считаются выполненными полностью и оплачиваются в полном объёме (при отсутствии оснований случай следует считать прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1) при условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, согласно правил группировки КСГ;

2) при условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отражённых в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

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

увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

11.21. Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объёме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объёме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения, установленными пунктом 14 приложения 9 тарифного соглашения.

11.22. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь может быть оказана в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи, утверждённым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

11.23. Оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей по КСГ, перечисленным в таблицах 1 и 2 приложения 30 к тарифному соглашению, осуществляется по сочетанию кода МКБ 10 (коды С81 – С96, D45 – D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода международного непатентованного наименования или анатомо-терапевтическо-химической классификации группы применяемых лекарственных препаратов.

11.24. Случай оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей с длительностью госпитализации более 30 дней, предъявляется к оплате ежемесячно, начиная с 30 дня от даты госпитализации. При этом, отнесение случая лечения к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счёт и реестр счетов.

11.25. Если между последовательными госпитализациями при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей

перерыв составляет 1 день и более, то к оплате предъявляются оба случая оказания медицинской помощи. При этом, не допускаются:

предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее одного дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации);

сочетание в рамках одного случая госпитализации и (или) одного периода лечения оплата по тарифам КСГ и ВМП.

11.26. Случай оказания медицинской помощи с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.), в результате которого выявлено злокачественное новообразование, относится к КСГ и оплачивается в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учёта кода диагноза злокачественного новообразования.

При формировании стоимости случая лечения по КСГ, перечисленным в таблицах 1 и 2 приложения 23 к тарифному соглашению применяется КПУ равный 1.

11.27. Случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 3)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 4)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 5)», «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 6)», «Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия», «Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия» в условиях дневного стационара длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием, определенным правилами группировки КСГ, значения является прерванным и оплачивается в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения, установленными пунктом 14 приложения 9 к тарифному соглашению.

12. Особенности применения тарифов при оплате специализированной медицинской помощи в стационарных условиях

12.1. Расходы на медицинскую помощь, оказываемую в реанимационных отделениях медицинских организаций (палатах интенсивной терапии), входят в общий объём предоставляемой по соответствующему профилю медицинской помощи, которая компенсируется по тарифу КСГ.

12.2. Случай оказания ВМП предъявляется к оплате по нормативу финансовых затрат на единицу объёма предоставления ВМП, определённому Территориальной программой, при соответствии кода клинического диагноза согласно МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения

параметрам, определённым Территориальной программой, независимо от средней длительности лечения и исхода заболевания. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС указывается код ВМП согласно справочнику, установленному Комиссией на основе групп ВМП согласно Территориальной программе.

12.3. Если код диагноза, модель пациента, вид и метод лечения пациента отличается от определённых Территориальной программой видом ВМП, случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу соответствующей КСГ, определённому в соответствии с кодом Номенклатуры выполненной хирургической операции или другой применённой медицинской технологии согласно правилам группировки КСГ.

12.4. Случай оказания медицинской помощи в связи с родами предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Родоразрешение» вне зависимости от основного диагноза и с указанием кода одной из услуг, указанных в приложении 31 к тарифному соглашению.

12.5. Если при наличии диагноза класса XV МКБ 10 «Беременность, роды и послеродовой период» (O00 – O99) в правилах группировки КСГ отсутствуют закодированные услуги, соответствующие родоразрешению, случай оказания медицинской помощи подлежит оплате по тарифу КСГ «Осложнения, связанные с беременностью», кроме случаев, подлежащих оплате по КСГ «Беременность, закончившаяся абортивным исходом».

12.6. При выполнении операции кесарева сечения, случай подлежит оплате по тарифу КСГ «Кесарево сечение», вне зависимости от диагноза. Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, относимая по правилам группировки КСГ к КСГ «Операции на женских половых органах» уровней 3 и 4, случай оказания медицинской помощи выставляется на оплату по тарифу КСГ в соответствии с кодом выполненной операции согласно правилам группировки КСГ.

12.7. При дородовой госпитализации в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оказанная медицинская помощь выставляется на оплату по двум КСГ («Осложнения, связанные с беременностью» и «Родоразрешение» или «Кесарево сечение») в случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, кроме случаев наличия диагнозов, указанных в приложении 28 тарифного соглашения.

12.8. Случай оказания медицинской помощи в связи с необходимостью наблюдения беременности без патологии средним медицинским персоналом предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» при условии наличия в структуре медицинской организации коек сестринского ухода.

12.9. При наличии диагнозов, перечисленных в приложении 28 к тарифному соглашению, оказанная в отделении патологии беременности с последующим родоразрешением медицинская помощь выставляется на оплату по двум КСГ («Осложнения, связанные с беременностью», а также «Родоразрешение» или «Кесарево сечение») в случае пребывания пациентки в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более.

Наличие показаний к оказанию медицинской помощи в связи с патологией беременности подтверждается результатами контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

12.10. Оплата питания одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя, госпитализированного по уходу за ребёнком до четырёх лет ли за ребёнком старше четырёх лет при наличии медицинских показаний, производится с применением к тарифу КСГ КСЛП, установленного настоящем тарифным соглашением.

12.11. В случае проведения пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

12.12. Отнесение случаев медицинской помощи к КСГ «Госпитализация в диагностических целях с постановкой диагноза туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психического заболевания» осуществляется с применением соответствующего кода диагноза по МКБ-10. Данная группа предназначена для оплаты случаев лечения при госпитализации в отделение или в медицинскую организацию, оказывающие медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях определённых базовой программой ОМС, когда в ходе обследования выявлен туберкулез, ВИЧ-инфекция или психическое заболевание с последующим переводом больного для лечения в профильной организации.

12.13. Случай оказания медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифу КСГ «Досуточная диагностическая госпитализация» при условии госпитализации пациента в стационарное отделение скорой медицинской помощи и продолжительности лечения не более 24 часов.

13. Правила оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

13.1. Независимо от длительности фактического лечения пациента по тарифу КСГ предъявляются к оплате случай оказания первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, и специализированной медицинской помощи, относимый к КСГ, указанным в таблицах 1 и 2 приложения 5 к тарифному соглашению.

13.2. Отдельные случаи оказания пациентам медицинской помощи в стационарных условиях оплачиваются с учётом нижеуказанных особенностей:

в связи с возникшими вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы эрозией, язвой роговицы, кератитом, помутнением роговицы и невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции при предъявлении к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Операции на органе зрения (уровень 6)» критерием группировки является услуга А16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия»;

по коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции при предъявлении к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Операции на органе зрения (уровень 5)» или КСГ «Операции на органе зрения (уровень 6)» критерием группировки являются услуги А16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и А16.26.047 «Кератомилез».

13.3. В случае оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара пациентам в связи с возникшими вследствие воспалительного заболевания или травмы изменением роговицы и невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции при предъявлении к оплате случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Операции на органе зрения (уровень 1)» критерием группировки является услуга А16.26.046 «Кератэктомия».

13.4. Случай оказания медицинской помощи пациентам в связи с выполнением косметических процедур на органе зрения оплате за счёт средств ОМС не подлежит.

13.5. В случаях оказания медицинской помощи с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, при лечении пациента лекарственными препаратами в таблетированной форме в условиях круглосуточного стационара оплата случая осуществляется по КСГ, определённой по коду основного заболевания.

13.6. При оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии

с применением лекарственных препаратов, указанных в приложении 32 к тарифному соглашению, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований (с получением определённых результатов проведённых исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии) и отражение информации об исследованиях в реестре счетов.

14. Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

14.1. В случае не достижения результата обращения за медицинской помощью в связи со смертью пациента (в том числе в случае досуточной летальности), преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения или обоснованным переводом пациента в другую медицинскую организацию, случаи прерывания лечения по медицинским показаниям, случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот), случаи медицинской реабилитации с длительностью лечения менее количества дней, определённых правилами группировки КСГ, случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объёме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, а также законченные случаи лечения длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включённым в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении 5 тарифного соглашения, прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара предъявляется к оплате по правилам, определённым настоящим пунктом тарифного соглашения.

14.2. В случае выполнения пациенту хирургического вмешательства либо тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ, прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях предъявляется к оплате с нижеуказанными коэффициентами:

при длительности лечения три дня и менее – с коэффициентом 0,9;

при длительности лечения более трех дней – с коэффициентом 1.

14.3. Если хирургическое вмешательство либо тромболитическая терапия при оказании медицинской помощи не проводились, прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях предъявляется к оплате с нижеуказанными коэффициентами:

при длительности лечения три дня и менее – с коэффициентом 0,5;

при длительности лечения более трех дней – с коэффициентом 0,8.

14.4. Правила применения прерванных случаев оказания медицинской помощи в случае выполнения пациенту хирургического вмешательства либо тромболитической терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая оказания медицинской помощи к соответствующей КСГ применяются с учётом таблиц 1 и 2 приложения 24 тарифного соглашения.

14.5. Перевод пациента из отделения в отделение медицинской организации не прерывает течение случая оказания медицинской помощи, который предъявляется к оплате согласно правилам, указанным в соответствующих пунктах 11 и 12 приложения 9 к тарифному соглашению тарифного соглашения, по тарифу КСГ клинического диагноза или выполненного хирургического вмешательства, кроме случаев перевода, обусловленных возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также предусмотренных тарифным соглашением случаев оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в связи с лечением пациента после оказания ему ВМП или проведением медицинской реабилитации при наличии медицинских показаний.

14.6. Обоснованность перевода пациента из отделения в отделение медицинской организации, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания (процесса), внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, подтверждается результатами контроля объёмов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи.

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

14.8. В случае оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, если

фактическое количество дней лечения, пациента при прерванном случае оказания медицинской помощи меньше количества дней лечения согласно описанию схемы лекарственной терапии, в правилах группировки КСГ и случаи медицинской реабилитации с длительностью лечения менее количества дней, определённых правилами группировки КСГ, прерванный случай оказания специализированной медицинской помощи предъявляется к оплате с нижеуказанными коэффициентами:

при длительности лечения три дня и менее – с коэффициентом 0,5;

при длительности лечения более трёх дней – с коэффициентом 0,8.

14.9. Случаи оказания медицинской помощи при коронавирусной инфекции COVID-19, предъявляемые на оплату по КСГ «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)», «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)», «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)», соответствующие среднетяжёлому, тяжёлому и крайне тяжёлому течению заболевания, учитывают период долечивания пациента:

если перевод производится в пределах одной медицинской организации, оказанная медицинская помощь предъявляется к оплате как один случай оказания медицинской помощи по тарифу КСГ с наибольшим размером оплаты;

если перевод производится из одной медицинской организации в другую, оказанная в медицинской организации, направившей пациента для продолжения лечения в другую медицинскую организацию, медицинская помощь предъявляется к оплате в порядке, установленном пунктом тарифного соглашения для оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания, случай лечения после перевода оплачивается в зависимости от условий оказания медицинской помощи: по КСГ «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» вне зависимости от длительности лечения или согласно правилам оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленным тарифным соглашением.

15. Особенности оплаты случаев лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация»

15.1. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением реабилитационных мероприятий предъявляется к оплате по тарифу соответствующей КСГ при наличии лицензии на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация». Отнесение случая оказания реабилитационной медицинской помощи к соответствующей КСГ производится вне зависимости от диагноза пациента по коду оказанных

сложных и комплексных услуг, предусмотренных Номенклатурой, согласно правилам группировки КСГ.

15.2. Обоснованность оказания реабилитационной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара подтверждается результатами контроля объёмов, сроков, качества и условий представления медицинской помощи с учётом нижеследующего:

1) критерием для определения обоснованности реабилитации пациента служит оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ):

в стационарных условиях при значении 3 – 4 – 5 – 6 по ШРМ;

в условиях дневного стационара при значении 2 – 3 по ШРМ;

2) критерием для определения обоснованности реабилитации ребенка, перенесшего заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного лечения, с поражениями центрального нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания:

в стационарных условиях при средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний;

в условиях дневного стационара при легкой и средней степени тяжести указанных заболеваний.

15.3. Случай реабилитации по КСГ «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ)», «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 баллов по ШРМ)», «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4 балла по ШРМ)», «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (5 баллов по ШРМ)», «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы», «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы», «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)» длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием, определённым правилами группировки КСГ, значения является прерванным и оплачиваются в соответствии с правилами

оплаты прерванных случаев лечения, установленными пунктом 14 приложения 9 тарифного соглашения.

15.4. Оплата первого этапа реабилитации осуществляется с применением к тарифу КСГ КСЛП, установленного настоящем тарифным соглашением. КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

15.5. В случае усиления оценки по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) по итогам оказания специализированной медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в сравнении с направлением на госпитализацию, выданным лечащим врачом, проводится целевая экспертиза качества медицинской помощи.

16. Особенности применения тарифов КСГ при оплате медицинской помощи, оказанной пациентам, участвующим в клиническом исследовании лекарственного препарата

Случай оказания медицинской помощи пациентам, участвующим в клиническом исследовании лекарственного препарата, оплате за счёт средств ОМС не подлежит.

17. Особенности применения тарифов медицинской услуги диализа при оплате первичной медико-санитарной помощи

17.1. При выполнении пациентам, страдающим почечной недостаточностью, диализа в амбулаторных условиях, оказанная медицинская помощь предъявляется на оплату по тарифу медицинской услуги – за одну услугу экстракорпорального диализа или перитонеального диализа.

17.2. При выполнении диализа пациентам, находящимся на лечении в стационарных условиях в другой медицинской организации, а также находящимся на лечении в дневном стационаре, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется за одну услугу экстракорпорального диализа или перитонеального диализа.

17.3. Для учёта выполненных объёмов диализной медицинской помощи лечение пациента в течение календарного месяца учитывается как одно обращение в связи с заболеванием (в среднем 12,5 – 13 услуг экстракорпорального диализа или ежедневные обмены с эффективным объёмом диализата при перитонеальном диализе в течение календарного месяца). При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в установленном порядке указывается информация об обращении без указания его стоимости, предъявленной к оплате.

17.4. При выполнении диализа в амбулаторных условиях обеспечение пациента лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений, осуществляется за счёт иных нежели ОМС средств.

18. Особенности применения тарифов услуг диализа к тарифам КСГ, ВМП при оплате медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара

18.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по тарифу КСГ оказанные пациентам с хронической почечной недостаточностью медицинские услуги диализа включатся в стоимость случая лечения. Стоимость медицинских услуг диализа с учётом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая оказания медицинской помощи, который оплачивается по тарифу КСГ нефрологического профиля и совокупной стоимости выполненных пациенту услуг диализа по тарифам, установленным в приложении 16 к тарифному соглашению.

18.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по тарифу КСГ оказанные пациентам с хронической почечной недостаточностью медицинские услуги диализа включаются в стоимость случая лечения при условии установления Комиссий объёмов соответствующих услуг. При отсутствии установленных Комиссией объёмов услуг диализа, количество фактически выполненных услуг оплачивается по правилам, установленным пунктом 17.2 настоящего приложения к тарифному соглашению.

18.3. В случае проведения пациенту с хронической почечной недостаточностью заместительной почечной терапии методами диализа в период нахождения его в стационаре или дневном стационаре по поводу другого (интеркуррентного) заболевания при документально обоснованной невозможности его транспортировки в диализный центр, случай оказания медицинской помощи, предъявляется на оплату по тарифу КСГ интеркуррентного заболевания и стоимости медицинских услуг диализа с учётом количества фактически выполненных пациенту услуг диализа.

18.4. В случае проведения пациенту с острой почечной недостаточностью, которая явилась следствием закономерного прогрессирования заболевания или осложнением основного заболевания, заместительной почечной терапии методом гемодиализа или гемофильтрации, случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях, предъявляется на оплату по тарифу КСГ, ВМП соответствующему основному заболеванию, а также стоимости выполненных пациенту медицинских услуг диализа. При этом в реестре счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с кодом КСГ указываются все выполненные услуги диализа, с учётом фактически выполненных услуг.

18.5. Для учёта объёма оказанной в стационарных условиях диализной медицинской помощи как законченный случай предъявляется на оплату лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

18.6. Для учёта выполненных объёмов диализной медицинской помощи за единицу объёма в условиях дневного стационара принимается и предъявляется на оплату как законченный случай оказания медицинской помощи один месяц лечения.

18.7. Случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара лицу с хронической почечной недостаточностью предъявляется к оплате, если пациент обеспечен всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

18.8. Объёмы плановой медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии устанавливаются или изменяются на основании Реестра застрахованных лиц, страдающих хронической почечной недостаточностью, получающих медицинскую помощь с применением методов заместительной терапии, порядок ведения которого определяется фондом.