Приложение 2

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

(с изменениями от 03.02.2021, от 05.03.2021, от 31.03.2021, от 29.04.2021, от 30.06.2021, от 29.07.2021, от 01.10.2021, от 29.10.2021)

**Условия оплаты медицинской помощи.**

**1. Условия оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.**

* 1. **Посещение в амбулаторных условиях -** контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом (фельдшер, акушерка, медицинская сестра), ведущим самостоятельный прием, зубным врачом, в том числе в фельдшерско-акушерских пунктах, медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (учетная форма 025/у), истории развития ребенка (учетная форма 112/у), медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (учетная форма 026/у-2000) (постановка диагноза, назначение лечения, динамическое наблюдение и другие записи на основании наблюдения за пациентом) и оформлением талона амбулаторного пациента (учетная форма 025-1/у) (в том числе в электронном виде).

Посещение в амбулаторных условиях включает в себя лабораторные и диагностические исследования, а так же медицинские услуги во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры и школах здоровья в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями.

Перечень средних медицинских работников, осуществляющих прием пациентов с последующей оплатой в рамках Территориальной программы ОМС, утверждается приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики (далее – приказ МЗ ЧР).

**Обращение по поводу заболевания** - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

По случаям оказания стоматологической медицинской помощи допускается кратность менее двух врачебных посещений.

**Посещения при оказании неотложной медицинской помощи**:

- посещения отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи;

- посещения при оказании неотложной медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника;

- случаи оказания медицинской помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации;

- посещения при оказании неотложной медицинской помощи на фельдшерско-акушерских пунктах.

Учет посещений при оказании неотложной медицинской помощи осуществляется на основе учетных форм, регламентируемых действующими нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения.

**Посещение при оказании медицинской помощи в приемном или приемно-диагностическом отделении с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации** - контакт пациента с врачом (врачами) с последующей записью в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (учетная форма 001/у), а также в «Журнале регистрации амбулаторных больных» (учетная форма 074/у) в случае самостоятельного (без направления врача) обращения больного.

**Посещение при оказании медицинской помощи во вспомогательных кабинетах лечебной физкультуры БУ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» Минздрава Чувашии** - контакт пациента с врачом с последующей записью во врачебно-контрольной карте физкультурника и спортсмена (учетная форма 061/у) или во врачебно-контрольной карте диспансерного наблюдения спортсмена (учетная форма 062/у).

Посещения врачей вспомогательных кабинетов лечебной физкультуры БУ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» Минздрава Чувашии учитываются только при условии «ведения» больного: назначения лечения с записью в медицинской карте амбулаторного больного, в процессе контроля за лечением и после окончания назначенного курса лечения.

**Законченный случай/комплексная услуга в центре здоровья** - контакт пациента с врачами с целью проведения комплексного обследования с последующей записью в карте центра здоровья (учетная форма 025-ЦЗ/у), карте здорового образа жизни (учетная форма 002-ЦЗ/у) и оформлением талона амбулаторного пациента (учетная форма 025-1/у).

**Посещение в рамках динамического наблюдения в центре здоровья** - повторное обращение пациента к врачу, рекомендованное пациенту на основании результатов проведенной комплексной услуги, с последующей записью в карте центра здоровья (учетная форма 025-ЦЗ/у), карте здорового образа жизни (учетная форма 002-ЦЗ/у) и оформлением талона амбулаторного пациента (учетная форма 025-1/у).

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром), в связи с диспансерным наблюдением, посещений с иными целями, в связи с оказанием неотложной медицинской помощи, а также обращений по поводу заболеваний.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждаемой Минздравом России.

* 1. **Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, застрахованных на территории Чувашской Республики,** с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации производится по всем случаям оказания амбулаторной медицинской помощи медицинских организациях, имеющих прикрепившихся к ним лиц, кроме:

- случаев оказания амбулаторной медицинской помощи застрахованным лицам, не прикрепившимся к данной МО;

- случаев амбулаторной медицинской помощи, оказанной фельдшерскими/фельдшерско-акушерскими пунктами (флаг «ФАП»);

– случаев диализа в амбулаторных условиях (флаг «ГЗ»);

– случаев амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме (флаги «НП», «НП2»);

– случаев стоматологической медицинской помощи (поле PROFIL, классификатор профилей оказанной медицинской помощи V002, утвержденный приказом ФФОМС от 07.04.2011 №79, содержит следующие значения: 116 «челюстно-лицевой хирургии» при наличии флага «ЧЛХ», 171 «стоматологии общей практики», 63 «ортодонтия», 85 «стоматология», 86 «стоматологии детской», 87 «стоматологии профилактической», 89 «стоматологии терапевтической», 90 «стоматологии хирургической», 140 «гигиене в стоматологии», 999 «стоматология доврачебная»);

– отдельных диагностических услуг и лабораторных исследований**,** проводимых в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, перечень которых изложен в приложении 8 и приложении 10 к Тарифному соглашению соответственно (флаги «ДУ», «ЦЛ»);

- случаев амбулаторной медицинской помощи, оказанной центрами амбулаторной онкологической помощи;

- случаев углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также граждан, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекции (COVID-19), проводимой по их инициативе.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (флаги «ДИСП1», «ДИСП2», «ДТСР1», «ДТСР2», «ДИСП31», «ДИСП32», «ДИСП41», «ДИСП42», «ДТУ1», «ДТУ2», ПМД1», «ПМД2»), включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Перечень медицинских организаций, оплата амбулаторной помощи которым осуществляется на основе подушевого финансового обеспечения с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, формируется в соответствии с приказом МЗ ЧР от 11.12.2012 № 1852 «Об информационном обеспечении при прикреплении населения к медицинским организациям в Чувашской Республике» (приложение 3 к ТС).

В целях финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в соответствии с постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14.12.2015 № 451 «Об утверждении Примерного положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений Чувашской Республики, занятых в сферах здравоохранения и предоставления социальных услуг» осуществляются ежемесячные денежные выплаты отдельным категориям медицинских работников за качество выполняемых работ:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам);

медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей).

Тариф на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации включает в себя лабораторные и диагностические исследования (за исключением расходов, связанных с проведением отдельных диагностических исследований, оплата которых согласно Тарифному соглашению осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (приложение 8 к Тарифному соглашению), медицинские услуги во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры и школах здоровья в соответствии с соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями.

Осуществление выплат медицинским организациям с учетом достижения показателей результативности деятельности производится в соответствии с Порядком осуществления выплат, изложенным в приложении 5 к Условиям оплаты. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, а также параметры их оценки в рамках оплаты по подушевому нормативу финансирования амбулаторной помощи на прикрепившихся лиц установлены в приложении 6 к Условиям оплаты.

Объем средств для ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (ОФ) рассчитывается по формуле:

ОФi = (Т i + ТПi) х Ч i, где:

Тi – дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо для i-той медицинской организации (приложение 17 к ТС);

Чi – численность прикрепившихся застрахованных лиц к i-той медицинской организации на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи на 1 число отчетного месяца.

ТПi – премиальные (стимулирующие) выплаты в рамках подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо для i-той медицинской организации (приложение 17.1 к ТС).

ТПi=ОСРД i /Ч i, где:

ОСРДi - размер средств, направляемых на стимулирующие выплаты i-той медицинской организации в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности в рамках финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей (выплачивается начиная с марта 2021 года по итогам достижения целевых значений показателей за период с 01.01.2021 по 28.02.2021 (за два месяца), далее ежемесячно).

Объём средств финансирования амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу на месяц медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, доводится страховыми медицинскими организациями до медицинских организаций по форме согласно приложению 16 к регламенту взаимодействия участников ОМС, утвержденному приказом Территориального фонда ОМС Чувашской Республики, ежемесячно в срок по 3 число месяца, следующего за отчетным.

Реестр счетов медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь (приложение 17 к регламенту взаимодействия участников ОМС), наряду с персональными данными персонифицированного учета оказанной им медицинской помощи, включает в себя количество прикрепленных застрахованных лиц, тариф на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц.

В счетах медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, указывается общая сумма финансирования на численность прикрепленных лиц по тарифу на основе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц.

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до 20 числа, следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет оплаты внешних медицинских услуг МО-исполнителей за счет подушевого норматива финансирования соответствующих МО-фондодержателей (включая объмы амбулаторной медицинской помощи, оказанные фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами), оказанной , при этом оформляется справка - расчет суммы к перечислению средств подушевого финансирования по форме согласно приложению 18 к регламенту взаимодействия участников ОМС, утвержденному приказом Территориального фонда ОМС Чувашской Республики.

1.3. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного Тарифным соглашением среднего размера их финансового обеспечения.

Перечень медицинских организаций, по которым осуществляется финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (приложение 3 ТС), сформирован на основании данных, представленных Министерством здравоохранения Чувашской Республики.

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в разрезе медицинских организаций с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, а также информации о соответствии/несоответствии фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), сформирован на основании заявок, представленных медицинскими организациями, и размещен в приложении 4 к ТС.

1.3.1. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), составляет в среднем:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий менее 100 жителей, – 808,56 тыс. рублей в год (67,38 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей в год (84,23 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, –1 601,2 тыс. рублей в год (133,44 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, –1 798,0 тыс. рублей в год (149,84 тыс. рублей в месяц);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, –2157,6 тыс. рублей в год (179,80 тыс. рублей в месяц) (с изм. от 05.03.2021).

1.3.2. Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, с применением понижающего коэффициента специки 0,9.

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), осуществляется исходя из базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в пункте 3.5. Тарифного соглашения, с применением коэффициента специфики оказания медицинской помощи равного 1.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (с изм. от 05.03.2021).

1.3.3. В целях финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в соответствии с постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14.12.2015 № 451 «Об утверждении Примерного положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений Чувашской Республики, занятых в сферах здравоохранения и предоставления социальных услуг» осуществляются ежемесячные денежные выплаты медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов: фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам за качество выполняемых работ.

1.3.4. Объем средств на месяц для финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов конкретной медицинской организации **(ОСФАПМО)** рассчитывается по формуле:

**ОСФАПМО = ∑ОСiФАП, где:**

**ОСiФАП**  - объем средств на месяц для финансирования i-того фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта конкретной медицинской организации, рублей.

* Объем средств на месяц для финансирования i-того фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта конкретной медицинской организации (ОСФАПi) рассчитывается по следующей формуле:

**ОСiФАП** = ОФФАПnКС х ДНФАПi, где:

**ОСiФАП** - объем средств на месяц для финансирования i-того фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта конкретной медицинской организации, рублей;

ОФФАПnКС – объемсредств для финансирования конкретного фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n-го типа на месяц с учетом коэффициента специфики, учитывающего соответствие фельдшерского, фельдшерско- акушерского пункта требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), установленный Тарифныс соглашением (приложение 4 к Тарифному соглашению), рублей;

ДНФАПi – доля лиц, застрахованных в конкретной страховой медицинской организации и обслуживаемых i-тым ФАПом, от общего числа лиц, застрахованных на территоии Чувашской Республики, обслуживаемых i-тым ФАПом.

* Объем средств для финансирования конкретного фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n-го типа на месяц с учетом коэффициента специфики, учитывающего соответствие фельдшерского, фельдшерско- акушерского пункта требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н) (ОФФАПnКС) рассчитывается по следующей формуле:

ОФФАПnКС = ОФФАПn **х** КСФАПi, где:

ОФФАПnКС – объемсредств для финансирования конкретного фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n-го типа на месяц с учетом коэффициента специфики, учитывающего соответствие фельдшерского, фельдшерско- акушерского пункта требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), установленный Тарифным соглашением (приложение 4 к Тарифному соглашению), рублей;

ОФФАПn – объемсредств для финансирования фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n-го типа на месяц, установленный Тарифным соглашением, рублей;

КСФАПi – коэффициент специфики размера финансового обеспечения i-того фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, учитывающий соответствие фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н), для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, значение коэффициента специфики равно 1; для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, несоответствующих требованиям, значение коэффициента специфики равно 0,9.

* Доля лиц, застрахованных в конкретной страховой медицинской организации и обслуживаемых i-тым ФАПом рассчитывается следующим образом:



 ,где:

ДНФАПi – доля лиц, застрахованных в конкретной страховой медицинской организации и обслуживаемых i-тым ФАПом, от общего числа лиц, застрахованных на территоии Чувашской Республики, обслуживаемых i-тым ФАПом;

ЧСМО**i**- численность лиц, застрахованных в конкретной страховой медицинской организации, прикрепленных к конкретной медицинской организации, обслуживаемых i-тым ФАПом, человек;

Ч**i**- численность лиц, застрахованных на территоии Чувашской Республики, прикрепленных к конкретной медицинской организации,обслуживаемых i-тым ФАПом, человек.

1.3.5. Объём финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на месяц доводится страховыми медицинскими организациями до медицинских организаций по форме согласно приложению 19 к Регламенту взаимодействия участников ОМС, утвержденному приказом Территориального фонда ОМС Чувашской Республики, ежемесячно в срок по 3 число месяца, следующего за отчетным, и включает детализацию расчета суммы финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, оформленную согласно таблице 2 приложения 19 к Регламенту взаимодействия участников ОМС.

Реестр счетов медицинской организации, формируемый в рамках финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, включает в себя персональные данные персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами (приложение 20 к Регламенту взаимодействия участников ОМС), при этом случаи амбулаторной медицинской помощи, оказанные лицам из числа населения, прикрепленного к данной медицинской организации, оплачиваются с применением флага «ФАП» (случаи амбулаторной медицинской помощи, оказанные фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами медицинской организации лицам из числа населения, прикрепленного к данной медицинской организации).

В счёте медицинской организации, формируемом в рамках финансирования фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указывается общая сумма финансирования по всем фельдшерским, фельдшерско-акушерским пунктам данной медицинской организации на один месяц.

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до 20 числа, следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет оплаты финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.4. **Оплата обращений по поводу заболевания** в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Тарифами (приложение 13 к ТС).

 Оплата обращения по поводу заболевания осуществляется за законченный случай лечения с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Рекомендуемая кратность посещений по поводу заболевания в одном обращении приведена в таблице 2 к Порядку формирования тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС в Чувашской Республике.

Оплата законченных случаев лечения с кратностью менее двух посещений или менее 90% рекомендуемой производится за фактически проведенные посещения (приложение 5 к ТС).

Случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, сопровождающиеся выпиской льготных рецептов, оплачиваются в соответствии с установленными Тарифами с применением флага «РЦ».

1.5. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, с профилактической и иными целями, а также лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, подлежит оплате в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС).

1.6. Оплата диагностических услуг, оказанных в соответствии с заданием по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чувашской Республике медицинской помощи (далее – задание), производится в соответствии с Тарифами (приложение 8 к ТС) с применением флага «ДУ» (диагностические услуги).

Оплата отдельных диагностических услуг, проводимых в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 8.1 к ТС), включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

1.6.1. Услуги по проведению магнитно-резонансной томографии с оказанием анестезиологического пособия при внутривенном способе проведения оплачиваются с применением следующих коэффициентов к Тарифам (приложение 8 к ТС):

- с применением флагов «ДУ», «МРТВ4» (магнитно-резонансной томографии с оказанием внутривенного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 45 мин.) – 1,5 (с контрастированием); 7,21 (без контрастирования);

- с применением флагов «ДУ», «МРТВ5» (магнитно-резонансной томографии с оказанием внутривенного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 50 мин.) – 1,54 (с контрастированием); 7,62 (без контрастирования);

- с применением флагов «ДУ», «МРТВ6» (магнитно-резонансной томографии с оказанием внутривенного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 60 мин.) – 1,61 (с контрастированием); 8,44 (без контрастирования);

- с применением флагов «ДУ», «МРТВ7» (магнитно-резонансной томографии с оказанием внутривенного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 75 мин.) – 1,71 (с контрастированием); 9,68 (без контрастирования).

1.6.2. Услуги по проведению магнитно-резонансной томографии с оказанием анестезиологического пособия при ингаляционном способе проведения оплачиваются с применением следующих коэффициентов к Тарифам (приложение 8 к ТС):

- с применением флагов «ДУ», «МРТИ4» (магнитно-резонансной томографии с оказанием ингаляционного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 45 мин.) – 2,22 (с контрастированием); 16,04 (без контрастирования);

- с применением флагов «ДУ», «МРТИ5» (магнитно-резонансной томографии с оказанием ингаляционного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 50 мин.) – 2,26 (с контрастированием); 16,45 (без контрастирования);

- с применением флагов «ДУ», «МРТИ6» (магнитно-резонансной томографии с оказанием ингаляционного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 60 мин.) – 2,32 (с контрастированием); 17,28 (без контрастирования);

- с применением флагов «ДУ», «МРТИ7» (магнитно-резонансной томографии с оказанием ингаляционного анестезиологического пособия (продолжительность действия анестезии 75 мин.) – 2,42 (с контрастированием), 18,62 (без контрастирования).

1.6.3. Оплата комплексных диагностических услуг, оказываемых в рамках реализации приоритетного проекта «Охрана репродуктивного здоровья у мужчин и активное социальное долголетие в Чувашской Республике», производится в соответствии с Тарифами (приложение 8 к ТС) с применением флага «ДУ».

Комплексная диагностическая услуга «Обследование при эректильной дисфункции и бесплодии» включает в себя: консультацию врача эндокринолога и врача кардиолога, проведение ультразвукового исследования предстательной железы трансректальное, микроскопическое исследование спермы (А09.21.001) и забор образцов крови для исследования уровня: лютеинизирующего гормона в сыворотке крови (А09.05.131), общего тестостерона в крови (А09.05.078), фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови (А09.05.132), фракций пролактина в крови (А09.05.210), холестерина в крови (А09.05.026), липопротеинов низкой плотности (А09.05.028), альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови (А09.05.004), триглицеридов в крови (А09.05.025), общий (клинический) анализ крови (В06.016.003), а также общий анализ мочи (В03.016.006);

Комплексная диагностическая услуга «Обследование при аденоме и раке простаты» включает в себя: проведение ультразвукового исследования предстательной железы трансректальное, ультразвуковое исследование мочевого пузыря, ультразвуковое исследование почек и забор образцов крови для исследования уровня простат специфического антигена в крови (А09.05.130), общий анализ мочи (В03.016.006).

Оплата производится при наличии у пациента направления установленного образца (приложение 12 к регламенту взаимодействия участников ОМС).

1.6.4. Оплата обязательных диагностических услуг, оказанных гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при 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, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе, производится в соответствие с Тарифами (приложение 8 к ТС) с применением флагов «ДУ» (диагностические услуги), «ВНК» (направление военкомата).

Оплата обязательных диагностических услуг, оказанных гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении на военной кафедре при 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, и призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе, не входит в годовые согласованные объемы диагностических услуг для амбулаторной помощи.

Пункты 5.1, 5.2 и 5.6 настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.7. Учету при проведении гемодиализа подлежит лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объёмом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца).

Оплата услуг гемодиализа, оказанных нефрологическим больным в специализированных отделениях медицинских организаций при условии оформления талона амбулаторного пациента, производится в соответствии с Тарифом (приложение 26 к ТС) с применением флага «ГЗ» (гемодиализ). Стоимость одного обращения рассчитывается с учетом количества фактически выполненных услуг.

1.8. Оплата лабораторных исследований, проводимых в централизованных лабораториях, работающих в системе ОМС, производится в соответствии с Тарифами (приложение 10 к ТС) с применением флага «ЦЛ» (централизованная лаборатория) и указанием ОГРН обслуживаемой медицинской организации. Формы направлений на анализ в централизованную лабораторию должны содержать следующие реквизиты:

- серия и номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС;

- наименование СМО (при отсутствии сведений может не заполняться);

- признак новорождённого: указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения.

0 – признак отсутствует.

Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону:

ПДДММГГ, где

П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005, утвержденным приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79;

ДД – день рождения;

ММ – месяц рождения;

ГГ – последние две цифры года рождения;

- фамилия, имя, отчество пациента или представителя пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения;

- дата рождения пациента или представителя пациента;

- СНИЛС (при наличии).

Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до 20 числа, следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет оплаты медицинской помощи медицинских организаций – получателей лабораторных услуг, уменьшая сумму оплаты счетов на сумму средств, перечисленных в централизованные лаборатории, при этом оформляется справка - расчет суммы к перечислению средств по форме согласно приложению 21 к Регламенту взаимодействия участников ОМС, утвержденному приказом Территориального фонда ОМС Чувашской Республики.

Пункты 5.2 и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.9. Оплата стоматологической помощи производится в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС). Перечень заболеваний, при которых производится оплата, приведен в приложении 1 к Условиям оплаты.

Учет объема стоматологической помощи производится в соответствии с количеством условных единиц трудоемкости (УЕТ) в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, в том числе профилактической, в амбулаторных условиях (приложения 1.1, 1.2 к Условиям оплаты).

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

Оплата стоматологической помощи по специальности «Стоматология хирургическая» производится в соответствии с Тарифами (приложения 5, 13 к ТС) за посещение (обращение) по специальности «Стоматология хирургическая» (флаг «ЧЛХ») при следующих нозологиях:

 K04.8 Корневая киста

 K09 Кисты области рта, не классифицированные в других рубриках

 K13.0 Болезни губ

 K14.8 Другие болезни языка

 K11.6 Мукоцеле слюнной железы

 D10.0 Доброкачественные новообразования губы

 D10.1 Доброкачественные новообразования языка

 D10.2 Доброкачественные новообразования дна полости рта

 D10.3 Доброкачественные новообразования других и неуточненных частей рта

 K13.7 Другие и неуточненные поражения слизистой оболочки полости рта

 S01.4 Открытая рана щеки и височно-нижнечелюстной области

 S01.5 Открытая рана губы и полости рта.

При оформлении посещения по поводу удаления зубов в талоне амбулаторного пациента указывается диагноз по основному заболеванию. При втором и последующих посещениях после проведения любых хирургических вмешательств в полости рта указывается диагноз Z54.0 (период выздоровления после хирургического вмешательства).

Оплата ортодонтической помощи производится в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС) при следующих заболеваниях органов пищеварения (шифр по МКБ X):

К00.0 – Адентия (полная, частичная с отсутствием 4 зубов и более) у детей до 14 лет включительно;

К07.2 – Аномалии соотношения зубных дуг у детей до 14 лет включительно в части:

 К07.2 – дистальный прикус с сагиттальной щелью более 5мм;

 К07.2 – медиальный прикус с сагиттальной щелью более 5мм;

 К07.2 – открытый прикус с вертикальной щелью более 5мм, отсутствие контакта между зубами верхней и нижней челюсти от премоляра до премоляра;

 К07.2 – глубокий травмирующий прикус;

 К07.2 – перекрестный прикус со смещением центральной линии с нависанием более 4 зубов.

Оплата посещений гигиениста стоматологического (зубного врача) производится в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС) по специальностям «Стоматология профилактическая (доврачебная)», «Гигиена в стоматологии», коды вида работ заполняются в соответствии с приложением 1.2 к Условиям оплаты.

Пункты 5.1., 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.10. Посещения акушера-гинеколога для подтверждения беременности и получения направления на аборт оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС) с указанием в талоне амбулаторного пациента: цель посещения – «По заболеваниям», диагноз по МКБ Х Z32.1 – «Беременность подтвержденная».

Пункт 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.11. При оплате диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития единицей объема оказанной медицинской помощи является обращение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца.

Стоимость обращения в рамках проведения диспансерного наблюдения по заболеванию рассчитывается с учетом количества фактически выполненных рекомендованных при данной патологии посещений врачей в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС) с применением флага «ДЗ» (диспансерное наблюдение по заболеванию).

Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 обращение с соответствующим диагнозом, цель посещения – «Диспансерное наблюдение».

1.12. Посещения по поводу получения заключения о состоянии здоровья ребенка для посещения бассейна, спортивных секций и допуска к соревнованиям представляются к оплате в размере 25% от Тарифа на амбулаторную помощь, при этом в талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Другие обстоятельства», диагноз по МКБ X: Z02.5.

1.13. Оплата случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях методами лазерной хирургии производится в соответствие с Тарифами (приложение 12 к ТС) с применением флагов «ЛХ» (лазерная хирургия).

Учету при проведении лазерной хирургии подлежат обращения.

Оплата производится при наличии у пациента направления установленного образца (приложение 12 к регламенту взаимодействия участников ОМС).

Пункты 5.1., 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.14. Оплата процедур аппаратного лечения при оказании офтальмологической первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при условии оформления талона амбулаторного пациента, производится в соответствии с Тарифами (приложение 13 к ТС) с применением флага «АПЛ» (аппаратное лечение при оказании офтальмологической первичной специализированной медико-санитарной помощи), диагноз по МКБ Х - H47.2, H49, H50, H52.1, H52.0, H53.0. В талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «По заболеваниям». Учету при проведении процедур аппаратного лечения подлежат обращения. Оплата законченных случаев лечения с кратностью менее 90% рекомендуемой производится за фактически проведенные посещения (приложение 5 к ТС).

Пункт 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.15. Оплата законченного случая/комплексной услуги, оказанной в центре здоровья, при условии оформления талона амбулаторного пациента, для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с применением флагов «ЦЗ1, ЦЗ4» (центр здоровья – комплексная услуга), диагноз по МКБ Х Z00.8.

Оплата посещения гражданина в центр здоровья для динамического наблюдения, для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 5 к ТС) по соответствующей специальности с применением флага «ЦЗ2» (центр здоровья – динамическое наблюдение), диагноз по МКБ Х Z00.8.

Оплата посещений в центре здоровья для взрослых по поводу осмотра гигиениста стоматологического (зубного врача) производится по специальностям «Стоматология профилактическая (доврачебная)», «гигиене в стоматологии» с применением тарифов (приложение 5 к ТС) и флага «ЦЗ3» (центр здоровья – осмотр гигиениста стоматологического). Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 посещение с соответствующим диагнозом (Z01.2), цель посещения – «Комплексный медицинский осмотр», коды вида работ заполняются в соответствии с приложением 1.2 к Условиям оплаты.

1.16. Посещения по поводу проведения профилактических прививок в рамках национального календаря и по эпидемическим показаниям для взрослых и детей оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС) с применением флага «ПП» (профилактическая прививка)[[1]](#footnote-1).

Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 посещение с соответствующим диагнозом (Z23, Z24, Z25, Z26, Z27, Z28, в случае проведения вакцинации от COVID-19 указывается диагноз U11.9), цель посещения – «С проф. целью». (с изм. от 01.10.2021)

1.17. Посещения в рамках проведения диспансерного наблюдения по поводу беременности оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС) с применением флага «ПБ» (диспансерное наблюдение по поводу беременности), цель посещения – «С проф. целью».

Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 посещение в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология» и диагнозами:

Z34 – Z35, Z39 – при осмотрах акушером-гинекологом и врачом общей практики;

Z33 («Состояние, свойственное беременности») – при осмотрах специалистами (терапевтом, офтальмологом, отоларингологом, стоматологом).

При наличии показаний для осмотра врачами других специальностей ставится цель посещения – «По заболеваниям» и соответствующий диагноз по МКБХ. Флаг «ПБ» в данных случаях не применяется. Данные посещения оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС).

 1.18. Объем и порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

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

 Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно в качестве самостоятельного мероприятия, в рамках диспансеризации, в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 11 к ТС) и флага «П1011» - профилактический медицинский осмотр. В талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Медицинский осмотр».

При проведении профилактического медицинского осмотра, проводимого в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) заполняется два талона амбулаторного пациента, при этом:

- в рамках диспансерного наблюдении оформляется талон амбулаторного пациента на 1 обращение с соответствующим диагнозом, цель посещения – «Диспансерное наблюдение», оплата осуществляется согласно пункту 1.10 настоящего приложения к Тарифному соглашению;

- в рамках профилактического медицинского осмотра оформляется талон амбулаторного пациента, указывается цель посещения – «Медицинский осмотр», оплата включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 11 к ТС) и флага «П1011».

Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения, включающий профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, выставляется к оплате в рамках подушевого финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 11 к ТС) с применением флага ДИСП1 - диспансеризация определенных групп взрослого населения. В талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

Посещения и услуги связанные с проведением второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 5, 8.1 к ТС) с применением флага «ДИСП2», цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением 2 к приказу Минздрава России от 27 апреля 2021 № 404н.

Проведение первого этапа ежегодной диспансеризации вне зависимости от возраста инвалидов, ветеранов, инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), лиц, награжденных знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет, действующими на территории Чувашской Республики включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) (приложение 11 к ТС), с применением флага «ДИСП1», а также с указанием категории пациента, имеющего право проходить диспансеризацию ежегодно независимо от возраста (приложение 3 к регламенту взаимодействия участников ОМС). Цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

Пункты 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

1.18.1. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18.06.2021 № 927 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее – Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов) с 1 июля 2021 г. в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти **углубленную диспансеризацию.**

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Углубленная диспансеризация проводится медицинскими организациями
в объеме, предусмотренном перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации (приложение № 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов).

Объем и порядок проведения углубленной диспансеризации устанавливаются нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации и МЗ ЧР.

Оплата углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), осуществляется **за комплексное посещение, а также за единицу объема** **медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования** в обьеме лабораторных и диагностических исследований по тарифам, установленным в приложении 11 к Тарифному соглашению.

**Оплата комплексного посещения в рамках проведения I этапа** **углубленной диспансеризации** производится в случае выполнения в полном обьеме следующих лабораторных и диагностических исследований:

- измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;

- проведение спирометрии или спирографии;

- общий (клинический) анализ крови развернутый;

- биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

При этом в талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Медицинский осмотр» и флаг «УДИСП1».

При невыполнении в полном обьеме лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных комплексным посещением в рамках проведения I этапа углубленной диспансеризации, данный случай не подлежит оплате в системе ОМС.

**Оплате за единицу объема в рамках проведения I этапа** **углубленной диспансеризации** подлежат следующие исследования (с применением флага «УДИСП1», цель посещения – «Медицинский осмотр»):

- тест с 6-минутной ходьбой;

- определение концентрации Д - димера в крови.

**Оплате за единицу объема в рамках проведения II этапа углубленной диспансеризации** подлежат следующие исследования (с применением флага «УДИСП2», цель посещения – «Медицинский осмотр»):

- проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

- проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

- дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

**Оплата иных медицинских услуг, не предусмотренных в приложении 11** к Тарифному соглашению, осуществляется **в рамках подушевого финансирования** амбулаторной медицинской помощи.

Межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями за оказанные лабораторные и диагностические исследования в рамках проведения углубленной диспансеризации осуществляются страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифами (приложение 10 к Тарифному соглашению).

По случаям проведения углубленной диспансеризации лиц, застрахованных за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, взаиморасчеты между медицинскими организациями за оказанные лабораторные и диагностические исследования осуществляется по договорам гражданско-правового характера.

Пункты 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению не применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи (с изм. от 30.06.2021).

# 1.19. Посещения по вопросам профилактики абортов оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложения 5 к ТС) с применением флага «ПА» (профилактика абортов).

Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 посещение с соответствующим диагнозом (Z30.0, Z30.1, Z30.4, Z30.5, Z30.8, Z30.9), цель посещения – «С проф. целью», «По заболеваниям».

Пункты 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.20. Посещения по поводу проведения профилактических осмотров детей и взрослых включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 5 к ТС) и флага «ПО» (профилактический осмотр), цель посещения – «С проф. целью». Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 посещение с соответствующим диагнозом (Z00.8, Z01.0, Z01.1, Z01.2, Z01.4, Z01.8)».

Пункты 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

1.21. Оплата обследований дерматолога и инфекциониста по поводу контакта с больным или возможности заражения инфекционными болезнями производится в размере 50% от Тарифа на амбулаторную помощь, оказываемую с профилактической целью (приложение 5 к ТС), соответствующего профиля с применением флага «ПО». При этом в талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «С проф.целью», диагноз по МКБ Х: Z20.0, Z20.3, Z20.4, Z20.5, Z20.7, Z20.8, Z20.9.

Посещения по поводу носительства возбудителя инфекционной болезни представляются к оплате в размере 50% от Тарифа на амбулаторную помощь, оказываемую с профилактической целью (приложение 5 к ТС), по профилю «инфекционные болезни» с применением флага «ПО». При этом в талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «С проф.целью», диагноз по МКБ Х: Z22.0, Z22.1, Z22.2, Z22.3, Z22.5, Z22.8, Z22.9.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях инфекционистами, терапевтами, педиатрами, врачами общей практики, а также специалистами сестринского дела в ФАПах (фельдшерами) лицам при подозрении на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) в рамках реализации приказа Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 20.03.2020 № 402 «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях (приложение 5 к ТС и приложение 13 к ТС) соответствующего профиля, при этом в талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Обращение по заболеванию», диагноз по МКБ Х: Z20.8, код результата обращения - «(14) Без изменений».

Посещения перед проведением пробы Манту оплачиваются в размере 30% от Тарифа на амбулаторную помощь, оказываемую с профилактической целью (приложение 5 к ТС), с применением флага «ПП» (профилактическая прививка).

Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 посещение с диагнозом – Z01.5, цель посещения – «С проф.целью».

1.22. Посещения в рамках проведения медицинских осмотров и углубленных медицинских обследований в БУ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» Минздрава Чувашии оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС) с применением флага «ПО» (профилактический осмотр), цель посещения – «С проф.целью».

Талон амбулаторного пациента оформляется на 1 посещение с соответствующим диагнозом (Z02.5, Z10.3).

Пункты 5.2 и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.23. Посещения по поводу получения заключения о состоянии здоровья ребенка для направления в детский оздоровительный лагерь представляются к оплате по Тарифам (приложение 5 к ТС) с указанием флага «ПО», при этом в талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «С проф.целью», диагноз по МКБ X: Z10.8.

Пункты 5.2 и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.24. Оплата проведения первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов за законченный случай диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в системе обязательного медицинского страхования (приложение 11 к ТС) с применением флага «ДТСР1», цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

# Посещения, связанные с проведением второго этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 5 к ТС) и флага «ДТСР2», цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

Объем и порядок диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации утверждается приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и МЗ ЧР.

Пункты 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

1.25. Оплата проведения первого этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 11 к ТС) и флага «ПМД1», цель посещения – «Медицинский осмотр».

Оплата посещений, связанных с проведением второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов (приложение 5 к ТС) и флага «ПМД2», цель посещения – «Медицинский осмотр».

Пункты 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

Объем и порядок прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров утверждается приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и МЗ ЧР.

1.26. Оплата проведения первого этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов за законченный случай диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, действующие на территории Чувашской Республики (приложение 11 к ТС) и флага «ДТУ1», цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

Оплата посещений, связанных с проведением второго этапа диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с применением тарифов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях в системе обязательного медицинского страхования (приложение 5 к ТС) и флага «ДТУ2», цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

Пункты 5.2. и 5.6. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

Объем и порядок проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, утверждается приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и МЗ ЧР.

 1.27. При оформлении талона амбулаторного пациента по случаям, указанным в п.п. 1.23,1.24, 1.27 настоящего Тарифного соглашения, использовать соответствующие диагнозы:

Z00.1.000 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 0 месяцев (новорожденный);

Z00.1.001 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 1 месяц;

Z00.1.002 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 2 месяца;

Z00.1.003 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 3 месяца;

Z00.1.004 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 4 месяца;

Z00.1.005 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 5 месяцев;

Z00.1.006 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 6 месяцев;

Z00.1.007 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 7 месяцев;

Z00.1.008 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 8 месяцев;

Z00.1.009 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 9 месяцев;

Z00.1.010 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 10 месяцев;

Z00.1.011 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 11 месяцев;

Z00.1.100 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 1 год 0 месяцев;

Z00.1.103 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 1 год 3 месяца;

Z00.1.106 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 1 год 6 месяцев;

Z00.1.200 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 2 года 0 месяцев;

Z00.1.3 – рутинное обследование состояния здоровья ребенка – 3 года;

Z00.2.0 – обследование в период быстрого роста в детстве – 4 года;

Z00.2.1 – обследование в период быстрого роста в детстве – 5 лет;

Z00.2.2 – обследование в период быстрого роста в детстве – 6 лет;

Z00.2.3 – обследование в период быстрого роста в детстве – 7 лет;

Z00.2.4 – обследование в период быстрого роста в детстве – 8 лет;

Z00.2.5 – обследование в период быстрого роста в детстве – 9 лет;

Z00.2.6 – обследование в период быстрого роста в детстве – 10 лет;

Z00.2.7 – обследование в период быстрого роста в детстве – 11 лет;

Z00.2.8 – обследование в период быстрого роста в детстве – 12 лет;

Z00.2.9 – обследование в период быстрого роста в детстве – 13 лет;

Z00.3.0 – обследование с целью оценки состояния развития подростка – 14 лет;

Z00.3.1 – обследование с целью оценки состояния развития подростка – 15 лет;

Z00.3.2 – обследование с целью оценки состояния развития подростка – 16 лет;

Z00.3.3 – обследование с целью оценки состояния развития подростка – 17 лет.

1.28. Посещения врачом – педиатром ребенка в возрасте до одного месяца в связи с поведением Патронажей в установленные сроки оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к ТС), цель посещения - «Патронаж», диагноз по МКБ Х Z00.1.000.

1.29. Оплата случаев неотложной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится по Тарифам на неотложную амбулаторную помощь (приложение 6 к ТС) с применением и флага «НП».

1.30. Оплата случаев оказания медицинской помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации осуществляется в соответствии с Тарифами (приложение 7 к ТС) с применением флага «НП2».

1.31. Посещения (обращения), связанные с проведением реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях, оплачиваются в соответствии с установленными Тарифами (приложения 5, 13 к ТС) с применением флага «РБ».

При оказании реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях талон амбулаторного пациента оформляется на 1 обращение в соответствии с диагнозом, цель посещения – «Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с реабилитационной целью».

1.32. Оплата амбулаторной помощи, сопровождающейся проведением цитогенетических и молекулярных исследования костного мозга периферической крови при хроническом миелолейкозе (цитогенетическое исследование костного мозга и количественная ПЦР (измерение уровня bcr-abl)) при условии оформления талона амбулаторного пациента, производится в соответствии с Тарифами (приложения 5, 13 к ТС) с применением флагов «ГИЦ» (цитогенетическое исследование костного мозга) и «ГИМ» (количественная ПЦР (измерение уровня bcr-abl)) диагноз по МКБ Х – С92.1.

В талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Консультативная», «По заболеваниям».

1.33. Случаи оказания стоматологической медицинской помощи, сопровождающиеся назначением физиотерапевтического лечения, оформляются как обращение по заболеванию с включением услуг, оказанных лечащим врачом – стоматологом и кабинетом физиотерапевтического лечения.

Данное обращение закрывается по дате завершения физиотерапевтического лечения с применением флага «ФТЛ».

1.34. Оплата амбулаторной медицинской помощи, сопровождающейся внутривенным введением генно-инженерных препаратов, полученных пациентами по федеральной, либо региональной льготе производится в соответствии с Тарифами (приложение 13 к ТС) с применением флагов: «ЛТГА» - лекарственная терапия с применением генно-инженерных препаратов по профилю гастроэнтерология; «ЛТГЕЛ» - лекарственная терапия с применением генно-инженерных препаратов (хронический лимфолейкоз, профиль гематология); «ЛТГЕМ» - екарственная терапия с применением ингибиторов протеинкиназы (множественная миелома) профиль гематология; «ЛТНЕ» - лекарственная терапия с применением имунедепресантов - противоопухолевых средств - моноклональных антител при заболеваниях по неврологическому профилю; «ЛТРЕ» - лекарственная терапия с применением генно-инженерных препаратов при заболеваниях по ревматологическому профилю.

1.35. Оплата случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, сопровождающихся проведением хирургических вмешательств без применения лазера по профилю «офтальмология», производится в соответствии с Тарифами (приложение 12 к ТС) с применением флагов «ХВО» - хирургические вмешательства без применения лазера (стоимость операции на 1 глаз) и «ХВО1» - хирургические вмешательства без применения лазера (стоимость операции на 1 глаз) (дисцизия, экстракция вторичной катаракты (Рассечение капсулы хрусталика).

Оплата производится при наличии у пациента направления установленного образца (приложение 12 к регламенту взаимодействия участников ОМС).

Пункты 5.1 настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяется.

Учету при проведении хирургических вмешательств без применения лазера подлежат обращения при оказании офтальмологической помощи.

1. **Условия оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.**

2.1. **Законченный случай лечения заболевания** **в стационарных условиях** - выполнение пациенту комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями.

2.2. Коды законченных случаев оказания стационарной медицинской помощи (далее КЗС), подлежащих оплате в рамках Территориальной программы ОМС, определяются в соответствии с приложением 4 к регламенту взаимодействия участников ОМС.

2.3. Оплата законченных случаев оказания стационарной медицинской помощи по клинико-статистическим группам осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 30 декабря 2020 года Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/И/2-20691и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №00-10-26-2-04/11-51) (далее - Методические рекомендации по способам оплаты).

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее - Программа государственных гарантий).

Алгоритм отбора осуществляется в соответствии с кодом основного диагноза по Международной классификации болезней МКБ 10 и кодом хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии в соответствие со справочником кодов иных классификационных критериев «ДКК» Методических рекомендаций по способам оплаты, в соответствии с расшифровкой клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, а также в соотсветствии с расшифровкой клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, (приложение 8 к Методическим рекомендациям по способам оплаты), а также особенности формирования отдельных КСГ, установленными Методическим рекомендациям по способам оплаты.

2.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи (в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 27 к Тарифному соглашению) производится в следующем порядке: (с изм. от 01.10.2021)

- в случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10);

- при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев (коды законченных случаев: 18 «Переведён в дневной стационар», 19 «Переведён в стационар», 23 («Перевод в стационар другого ЛПУ»), 24 («Переведён на другой профиль коек»);

- если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты;

- прерванные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, оплачиваются в соответствии с п. 2.5.

2.5. Оплата случаев оказания стационарной помощи, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее, производится:

- в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция (флаг – «ОВ») и (или) проведена тромболитическая терапия (флаг – «ТБ»), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, (приложение 28 к Тарифному соглашению) - в размере 80% от стоимости Тарифа;

- в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция с использованием эндоскопических технологий (флаги – «ОВ», «Л») - в размере 90% от стоимости Тарифа;

- в случаях если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводилась - в размере 30% от стоимости Тарифа;

- законченные случаи лечения, для которых длительности госпитализации 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, не могут быть отнесены
к прерванным случаям лечения, такие КСГ включены в приложение 27 к Тарифному соглашению и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения - в размере 100% от стоимости Тарифа.

### 2.5.1. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

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

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

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

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

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

2.6. Особенности формирования КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 (st12.015 - st12.019).

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Минздравом России (далее - Временные методические рекомендации). Каждому уровню тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015 - st12.018.2 (уровни 1 – 4.2).

Случаи лечения, сопровождающиеся проведением **курсовой дозы** лечения генно-инженерными биологическими препаратами, приобретенными за счет средств обязательного медицинского страхования, подлежат оплате по КСГ:

st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2) с проведением курсовой дозы лечения генно-инженерными препаратами»;

st12.017.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.2) с проведением курсовой дозы лечения генно-инженерными препаратами»;

st12.018.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.2) с проведением курсовой дозы лечения генно-инженерными препаратами».

Случаи оказания медицинской помощи без проведения **курсовой дозы** лечения генно-инженерными препаратами, либо с применением генно-инженерных препаратов, приобретенных за счет иных источников, кроме средств обязательного медицинского страхования, подлежат оплате по КСГ:

st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)»;

st12.017.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3.1)»;

st12.018.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4.1)».

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016.1 - st12.018.2 (уровни 2 – 4.2), соответствующим случаям среднетяжелого, тяжелого и крайне тяжелого лечения, учитывают период долечивания пациента.

Правила оплаты госпитализаций в случае перевода на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации - оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 "Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)". Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке.

- в амбулаторных условиях - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.»;

Приложения 20, 22 к Тарифному соглашению и приложения 3, 3.1 к Условиям оплаты изложить в новой редакции.

2.7. Оплата законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, осуществляется в соответствии с Тарифами (приложение 14 к ТС) с применением флага «ВМП».

Пункты 2.4, 2.5 настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяется.

2.8. Оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, сопровождающихся проведением услуги диализа, производится с учетом количества фактически выполненных услуг и является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения в соответствии с тарифами (приложение 26 к ТС) с применением флага «ГЗС1».

2.9. Оплата случаев оказания помощи медицинской реабилитации в условиях круг­лосуточного стационара производится в соответствии с Тарифами (приложение 22 к ТС) с при­ме­нением флага «РБ» при условии наличия у медицинской организации лицензии по профилю «ме­дицинская реабилитация», установления для медицинской организации указанного объема помощи в Задании по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чуваш­ской Республике медицинской помощи по тарифам в соответствии с КСГ st37.001 – st37.023.

Отнесение к КСГ st37.001 - st37.018, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В приказа Минздрава России от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» вне зависимости от диагноза.

При этом для отнесения случая к КСГ st37.001 - st37.013 применяется классификационный критерий - оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) (приложение 3.1. к Условиям оплаты).

Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 №788н.

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0 - 1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке 4 - 6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

КСГ st37.019 и st37.020 формируются по соответствующему коду МКБ - 10 в сочетании с медицинской услугой В05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19 формируются по коду иного классификационного критерия «rb3cov» – «rb5cov», отражающего признак перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШРМ (3 - 5 баллов соответственно). Перечень кодов «rb3cov» - «rb5cov» с расшифровкой представлены в приложении 3.1. к Условиям оплаты.

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» (КСГ st37.015) осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

 Порядок маршрутизации при оказании медицинской помощи по медицинской реабили­тации (перечень медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация») определяется МЗ ЧР.

 2.10. Оплата дорогостоящих случаев реанимации при органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, а также случаев длительного проведения пациенту искусственной вентиляции легких (в течение 72 часов и более) производится в соответствии с Тарифами (приложение 22 к ТС).

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

| Код услуги | Наименование услуги |
| --- | --- |
| A16.20.078 | Реинфузия аутокрови (с использованием аппарата cell-saver) |
| A16.12.030 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| A16.10.021.001 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

2.10.2. Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1» (справочник «Группировщик» к Расшифровке клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (приложение 3.1. к Условиям оплаты).

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

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

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

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента (справочник «Группировщик» к Расшифровке клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (приложение 3.1. к Условиям оплаты).

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

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ 10 (основное заболевание) и коду классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более (справочник «Группировщик» к Расшифровке клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (приложение 3.1. к Условиям оплаты).

2.11. Оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по профилю «офтальмология», сопровождающихся проведением хирургических вмешательств пациенту одновременно на оба глаза (диагнозы по МКБ10: Н04.0, Н04.5, Н04.6, Н04.8, Н52.1, H35.4, H36.0, H47.2, H35.5, H35.3, D31.0, D23.1; Коды оказываемых услуг: А16.26.011, А16.26.075, А16.26.075.001, A16.26.025, A22.26.009, A22.26.010, A25.26.001), производится в соответствии с Тарифами (приложение 22 к ТС), с учетом коэффициентов сложности лечения пациента (далее – КСЛП), применяемых при оплате по клинико-статистическим группам (приложение 24 к ТС), с использованием флага «ХВПО» - хирургические вмешательства на парные органы при оказании офтальмологической помощи.

2.12. КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения). Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

2.13. Особенности формирования КСГ для оплаты случаев лечения сепсиса.

Отнесение к КСГ, применяемым для оплаты случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ 10 и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». Необходимо учитывать, что сепсис может являться как основным поводом для госпитализации, так и осложнением в ходе продолжающегося лечения основного заболевания. В случае возникновения септических осложнений в ходе госпитализации по поводу ожогов, в целях корректного кодирования случая лечения диагноз септического осложнения также необходимо указывать диагноза осложнения.

2.14. Особенности формирования КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован».

Отнесение к данной КСГ производится по комбинации кода МКБ 10 и кодов Номенклатуры. При идентификации вируса гриппа другими методами (закодированными как услуги, не являющиеся классификационными критериями отнесения случая к КСГ st12.012) и при неидентифицированном вирусе гриппа случай классифицируется в КСГ st12.010 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые» или КСГ st12.011 «Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети» в зависимости от возраста пациента.

**3. Условия оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.**

3.1. **Законченный случай лечения заболевания** **в условиях дневного стационара** - выполнение пациенту комплекса диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями.

3.2. Коды законченных случаев медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах всех типов (далее КЗС), подлежащих оплате в рамках Территориальной программы ОМС, определяются в соответствии с приложением 4 к регламенту взаимодействия участников ОМС.

3.3. Оплата законченных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по клинико-статистическим группам осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, установлен Программой государственных гарантий.

Алгоритм отбора осуществляется в соответствии с кодом основного диагноза по Международной классификации болезней МКБ 10 и кодом хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии в соответствие со справочником кодов иных классификационных критериев «ДКК» Методических рекомендаций по способам оплаты, в соответствии с расшифровкой клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, а также в соотсветствии с расшифровкой клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, (приложение 9 к Методическим рекомендациям по способам оплаты), а также особенности формирования отдельных КСГ, установленными Методическим рекомендациям по способам оплаты.

3.4. 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 производится в следующем порядке:

- в случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10);

- при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара (в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев (коды законченных случаев: 18 «Переведён в дневной стационар», 19 «Переведён в стационар», 23 («Перевод в стационар другого ЛПУ»), 24 («Переведён на другой профиль коек»);

- если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты;

- прерванные случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, оплачиваются в соответствии с п. 3.5.

3.5. Оплата случаев оказания стационарной помощи, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее, производится:

- в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция (флаг – «ОВ») и (или) проведена тромболитическая терапия (флаг – «ТБ»), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, (приложение 28 к Тарифному соглашению) - в размере 80% от стоимости Тарифа;

- в случае если пациенту была выполнена хирургическая операция с использованием эндоскопических технологий (флаги – «ОВ», «Л») - в размере 90% от стоимости Тарифа;

- в случаях если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводилась - в размере 30% от стоимости Тарифа;

- законченные случаи лечения, для которых длительности госпитализации 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, не могут быть отнесены
к прерванным случаям лечения, такие КСГ включены в приложение 27 к Тарифному соглашению и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения - в размере 100% от стоимости Тарифа.

### 3.5.1. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

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

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

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

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

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

3.6. Оплата случаев оказания помощи медицинской реабилитации в условиях дневного стационара производится в соответствии с Тарифами (приложение 23 к ТС) с при­ме­нением флага «РБ» при условии наличия у медицинской организации лицензии по профилю «ме­дицинская реабилитация», установления для медицинской организации указанного объема помощи в Задании по обеспечению государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Чуваш­ской Республике медицинской помощи по тарифам в соответствии с КСГ ds 37.001 – ds 37.016.

Отнесение к КСГ ds37.001 - ds37.012, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В приказа Минздрава России от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг) вне зависимости от диагноза.

При этом для отнесения случая к КСГ ds37.001 - ds37.008 применяется классификационный критерий - оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) (приложение 4.1. к Условиям оплаты).

Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 №788н.

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0 - 1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке 4 - 6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

КСГ ds37.013 и ds37.014 формируются по соответствующему коду МКБ - 10 в сочетании с медицинской услугой В05.027.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, пролеченных в условиях дневного стационара формируются по коду иного классификационного критерия «rb2cov» - «rb3cov», отражающего признак перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШРМ (2 – 3 баллов соответственно). Перечень кодов «rb2cov» - «rb3cov» с расшифровкой представлены в приложении 4.1. к Условиям оплаты.

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» (КСГ ds37.010) осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Порядок маршрутизации при оказании медицинской помощи по медицинской реабили­тации (перечень медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация») определяется Министерством здравоохранения Чувашской Республики.

Также подлежат оплате случаи медицинской помощи по медицинской реабилитации, оказанные в отделении медицинской реабилитации по БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии.

3.7. **Оплата случаев специализированной медицинской помощи при проведении экстракорпорального оплодотворения** (далее – ЭКО) осуществляется в соответствии с Тарифами (приложение 23 к ТС) по КСГ ds02.008 - ds02.011 с кодом законченного случая (приложение 4 к регламенту взаимодействия участников ОМС) «улучшение».

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

Стимуляция суперовуляции;

Получение яйцеклетки;

Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев (приложение 4.1), отражающих проведение различных этапов ЭКО.

В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день. (с изм. от 03.02.2021)

3.8. Оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, сопровождающихся проведением услуг диализа, производится с учетом количества фактически выполненных услуг и является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения в соответствии с тарифами (приложение 26 к ТС) с применением флага «ГЗС1».

3.9. Оплата законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в соответствии постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299, осуществляется в соответствии с Тарифами (приложение 14 к ТС) с применением флага «ВМП».

Пункты 3.4, 3.5 настоящего приложения к Тарифному соглашения к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

3.10. Оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара по профилю «офтальмология», сопровождающихся проведением хирургических вмешательств пациенту одновременно на оба глаза (диагнозы по МКБ10: Н04.0, Н04.5, Н04.6, Н04.8, H35.3, Н52.1, H35.4, H36.0, H35.5, D31.0, D23.1. Коды оказываемых услуг: А16.26.011, А16.26.075, А16.26.075.001, A16.26.025, A16.26.079, A16.26.086.001, A22.26.009, A22.26.010), производится в соответствии с Тарифами (приложение 23 к ТС), с учетом коэффициентов сложности лечения пациента (далее – КСЛП), применяемых при оплате по клинико-статистическим группам (приложение 24 к ТС), с использованием флага «ХВПО» - хирургические вмешательства на парные органы при оказании офтальмологической помощи в условиях дневного стационара.

3.11. Коэффициент затратоемкости для КСГ ds12.001 «Вирусный гепатит B хронический, лекарственная терапия», КСГ ds12.002 «Вирусный гепатит C хронический, лекарственная терапия (уровень 1)», КСГ ds12.003 «Вирусный гепатит C хронический, лекарственная терапия (уровень 2)», КСГ ds12.004 «Вирусный гепатит C хронический, лекарственная терапия (уровень 3)» приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

**4. Условия оплаты скорой медицинской помощи.**

4.1. Вызов скорой медицинской помощи - оказание круглосуточной скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, как заболевшим и пострадавшим и находящимся вне медицинской организации, так и в пути следования в медицинскую организацию при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности, при родах и других состояниях и заболеваниях.

При этом осуществляется запись в «Журнале записи вызова скорой медицинской помощи» (учетная форма 109/у), «Карте вызова скорой медицинской помощи» (учетная форма 110/у), «Сопроводительном листе станции (отделении) скорой медицинской помощи и талоне к нему» (учетная форма 114/у).

Оплата «за вызов» в соответствии с Тарифами (приложение 15 к ТС) осуществляется:

- при оказании скорой медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- при оказании скорой медицинской помощи выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи БУ «Республиканская клиническая больница» Минздрава Чувашии, БУ «Президентский перинатальный центр» Минздрава Чувашии (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи, с применением флагов:

- для выездов в пределах Чувашской Республики (за исключением выездов в пределах г. Чебоксары): «ЭН», «ЭОВ», «ЭБОВ», «ЭЭ»;

- для выездов в пределах г. Чебоксары: «ЭНЧ», «ЭОВЧ», «ЭБОВЧ», «ЭЭЧ (с изм. от 30.06.2021);

- при оказании скорой медицинской помощи, сопровождающейся проведением тромболитической терапии (поле TROMB=1, приложение 1 к регламенту взаимодействия участников ОМС) (флаг «ТБ»).

4.2. При оплате **по подушевому нормативу на обслуживаемое население** объем средств для финансированиямедицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, (ОФ) на месяц рассчитывается по формуле:

ОФ=Т х Ч, где:

Т – тариф на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо (приложение 15 к ТС);

Ч – численность застрахованного прикрепленного населения, обслуживаемого медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь, на основе акта сверки численности по договору на оказание и оплату медицинской помощи на 1 число отчетного месяца (приложение 2 к Условиям оплаты);

4.3. В целях финансового обеспечения оказания скорой медицинской помощи в соответствии с Постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 14.12.2015 № 451 «Об утверждении Примерного положения о порядке оплаты труда работников государственных учреждений Чувашской Республики, занятых в сферах здравоохранения и предоставления социальных услуг» осуществляются ежемесячные денежные выплаты отдельным категориям медицинских работников за качество выполняемых работ:

медицинским работникам государственных учреждений и подразделений скорой медицинской помощи: врачам, фельдшерам, медицинским сестрам.

4.4. Объём средств финансирования на месяц медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, доводится страховыми медицинскими организациями до медицинских организаций по форме согласно приложению 14 к регламенту взаимодействия участников ОМС, утвержденному приказом Территориального фонда ОМС Чувашской Республики, ежемесячно в срок по 3 число месяца, следующего за отчетным.

4.5. Реестр счетов медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь (приложение 15 к регламенту взаимодействия участников ОМС), наряду с персональными данными персонифицированного учета оказанной им медицинской помощи, включает в себя количество прикрепленных застрахованных лиц, дифференцированный подушевой норматив (тариф) финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц.

В счетах медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, указывается общая сумма финансирования на численность прикрепленных лиц по дифференцированному подушевому нормативу (тарифу) финансирования скорой медицинской помощи на один месяц.

# **5. Дополнительные условия оплаты.**

 5.1. Случаи амбулаторной медицинской помощи, сопровождавшиеся выполнением оперативных вмешательств по поводу основного заболевания, оплачиваются с применением коэффициента 1,2 к Тарифам в соответствии с перечнем оперативных вмешательств, включенным в номенклатуру медицинских услуг, с применением флага «ОВ» (оперативное вмешательство).

5.2. Случаи амбулаторной медицинской помощи, оказанные мобильными медицинскими бригадами, оплачиваются в соответствии с установленными Тарифами с применением повышающего коэффициента «1,05» и флага «ММБ».

5.3. Медицинская помощь III уровня и медицинская помощь II уровня, оказанная в межрайонных медицинских организациях (отделениях), (кроме медицинской помощи для прикрепленного населения) оплачивается в соответствии с Тарифами III и II уровня соответственно при наличии у пациента направления установленного образца (приложение 12 к регламенту взаимодействия участников ОМС).

Допускается оплата медицинской помощи III, II уровня по экстренным показаниям без направлений установленного образца с указанием признака экстренности направления (госпитализации) (элемент EXTR, приложение 1 к регламенту взаимодействия участников ОМС).

Допускается оплата стационарной медицинской помощи III уровня по направлению консультативной поликлиники соответствующей медицинской организации, главных специалистов МЗ ЧР, заведующих клиническими кафедрами медицинских ВУЗов Чувашской Республики.

Допускается в рамках реализации задания при наличии показаний оплата консультативных приемов несколькими специалистами медицинских организаций (отделений) III уровня по направлению специалистов консультативной поликлиники соответствующей медицинской организации.

Оказание медицинской помощи в центрах здоровья и в БУ «Республиканский центр общественного здоровья и медицинской профилактики, лечебной физкультуры и спортивной медицины» МЗ ЧР осуществляется без направлений установленного образца в рамках задания.

Допускается оплата медицинской помощи II и III уровня по направлению МЗ ЧР.

Оплата случаев диспансерного наблюдения пациентов с онкологическими заболеваниями в АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии осуществляется без направлений установленного образца в рамках задания.

5.4. Оплата медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе, производится в соответствии с Тарифами с применением флага «ВНК».

Оплата производится при наличии направления из военкомата, в том числе в медицинские организации (отделения) III уровня. Данные направления из военкомата включаются в реестр направлений.

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

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

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

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

* проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
* случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
* этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));
* проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания (с изм. от 30.06.2021).

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

5.6. Случаи амбулаторной медицинской помощи, оказанные в выходные дни, оплачиваются в соответствии с установленными Тарифами с применением повышающего коэффициента «1,03» и флага «ВД» (выходной день), при этом профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации должны быть проведены течение одного рабочего дня.

5.7. При определении тарифа на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара к тарифам на законченные случаи оказания стационарной медицинской помощи, включенные в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (приложения 22 к ТС и 22.1 к ТС), а также на законченные случаи медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, включенные в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (приложения 23 к ТС и 23.1 к ТС), применяется коэффициенты сложности лечения пациента (далее – КСЛП) (приложение 24 к ТС). При этом **с**уммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Расчет суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по следующей формуле:

$$КСЛП\_{СУММ}=КСЛП\_{1}+\left(КСЛП\_{2}-1\right)+(КСЛП\_{N}-1)$$

Для случаев оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии взрослым пациентам при злокачественных новообразованиях, а также медицинской помощи пациентам по замене речевого процессора в условиях круглосуточного или дневного стационара КСЛП применяется лишь к доле заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ (приложения 22.1 и 23.1 к ТС). (с изм. от 31.03.2021).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется:

ССКСГКСЛП=ДЗПиПР\*КСЛП +(ССКСГ-ДЗПиПР), где:

ССКСГ - стоимость 1 случаягоспитализации по КСГ в соответствии с тарифами в условиях круглосуточного и дневного стационаров (приложения 22 и 23 к ТС), рублей;

ДЗПиПР - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, рублей. (с изм. от 03.02.2021)

5.7.1. КСЛП для случаев проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде.

КСЛП применяется в случаях если сроки проведения первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции совпадают по времени с госпитализацией по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

5.7.2. Проведение сочетанных хирургических вмешательств.

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в приложении 7 к условиям оплаты медицинской помощи.

5.7.3. Проведение однотипных операций на парных органах.

К данным операциям целесообразно относить операции на парных органах/частях тела, при выполнении которых необходимы, в том числе дорогостоящие расходные материалы. Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в приложении 8 к условиям оплаты медицинской помощи.

Возможно применение КСЛП при одномоментном проведении диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств в разных сосудистых бассейнах кровеносного русла, в том числе сочетание коронарографии и ангиографии.

5.7.4. Случаи проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

В случаях лечения пациентов в стационарных условиях при заболеваниях и их осложнениях, вызванных микроорганизмами с антибиотикорезистентностью, а также в случаях лечения по поводу инвазивных микозов применяется КСЛП в соответствии со всеми перечисленными критериями:

1) наличие инфекционного диагноза с кодом МКБ – 10, вынесенного в клинический диагноз;

2) наличие результатов микробиологического исследования с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам и/или детекции основных классов карбапенемаз (сериновые, металлобеталактамазы), подтверждающих обоснованность назначения схемы антибактериальной терапии (предполагается наличие результатов на момент завершения случая госпитализации, в том числе прерванного, при этом допускается назначение антимикробной терапии до получения результатов микробиологического исследования);

3) применение как минимум одного лекарственного препарата в парентеральной форме из перечня МНН в составе схем антибактериальной и/или антимикотической терапии в течение не менее чем 5 суток, перечень которых представлен в приложении 3 Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 30 декабря 2020 года Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/И/2-20691и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №00-10-26-2-04/11-51).

5.7.5. Наличие у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента.

К таким сопутствующим заболеваниям и осложнениям заболеваний целесообразно относить:

- Сахарный диабет типа 1 и 2;

- Заболевания, включенные в Перечень редких (орфанных) заболеваний, размещенный на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- Рассеянный склероз (G35);

- Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1);

- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);

- Детский церебральный паралич (G80);

- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 - B24);

- Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

5.7.6. Случаи сверхдлительного пребывания.

Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089, ds19.050-ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

5.8. Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в условиях круглосуточного и дневного стационара с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики от 30.07.2020 №1309.

Оплата услуг телемедицинского консультирования, выполненного телемедицинскими центрами и телемедицинскими пунктами при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в условиях круглосуточного и дневного стационара, осуществляется по принципу межучрежденческих взаиморасчетов на уровне страховых медицинских организаций в соответствии с тарифами, установленными в приложении 10 к Тарифному соглашению, за следующие медицинские услуги:

- А13.29.009.001 «Экспертное консультирование с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, выполненное одним врачом» с применением флага «ЭТМК»;

- А13.29.009.002 «Экспертное консультирование с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, выполненное консилиумом врачей» с применением флага «ЭТМК».

При проведении межучрежденческих взаиморасчетов на уровне страховых медицинских организаций:

- СМО осуществляют оплату услуг телемедицинского консультирования, оказанных телемедицинскими центрами и телемедицинскими пунктами, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи;

- при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, воспользовавшейся услугами телемедицинского консультирования, уменьшается на объем средств, перечисленных телемедицинским центрам и телемедицинским пунктам за выполнение услуг телемедицинского консультирования по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

При оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, оплата услуг телемедицинского консультирования, выполненного телемедицинскими центрами и телемедицинскими пунктами в рамках оказания медицинской помощи, осуществляется медицинскими организациями по принципу межучрежденческих расчетов по договорам гражданско-правового характера. (с изменениями от 03.02.2021, от 29.04.2021)

Приложение 1

к условиям оплаты медицинской помощи

Перечень заболеваний, при которых производится оплата стоматологической помощи в системе обязательного медицинского страхования Чувашской Республики.

Приложение 1.1.

к условиям оплаты медицинской помощи

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования

объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной

специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

Приложение 1.2.

к условиям оплаты медицинской помощи

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге,

применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной

медико - санитарной специализированной профилактической стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

Приложение 2

к условиям оплаты медицинской помощи

Прикрепление застрахованного населения, обслуживаемого станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации.

Приложение 3

к условиям оплаты медицинской помощи

(с изменениями от 29.07.2021)

Справочник классификационных критериев для клинико-статистических групп с выделением подгрупп по случаям оказания стационарной медицинской помощи, в системе обязательного медицинского страхования, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 3.1.

к условиям оплаты медицинской помощи

(с изменениями от 29.07.2021, 29.10.2021)

 Справочник иных классификационных критериев для клинико-статистических групп по случаям оказания стационарной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 4

к условиям оплаты медицинской помощи

Справочник классификационных критериев для клинико-статистических групп с выделением подгрупп по случаям оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в системе обязательного медицинского страхования, действующий на территории Чувашской Республики

Приложение 4.1.

к условиям оплаты медицинской помощи

 Справочник иных классификационных критериев для клинико-статистических групп по случаям оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в системе обязательного медицинского страхования, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 5

к условиям оплаты медицинской помощи

**Порядок осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям, оплата амбулаторной помощи которым осуществляется на основе подушевого финансирования с учетом показателей результативности деятельности.**

1. Премиальные (стимулирующие) выплаты перечисляются медицинским организациям в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, в случае достижения ими целевых значений показателей результативности деятельности.

2. Источником финансового обеспечения стимулирующих выплат за выполнение показателей результативности деятельности является включенная в расчет базового подушевого норматива часть средств ОМС, предназначенных на оплату амбулаторной помощи по подушевому принципу. Годовой премиальный фонд за выполнение показателей результативности деятельности на 2021 год составляет 10 869,08 тыс. рублей.

3. Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, с целью осуществления выплат стимулирующего характера, производится по итогам достижения целевых значений показателей, начиная с периода с 01.01.2021 по 28.02.2021 (отчетный период - за два месяца), далее ежемесячно (отчетный период – один месяц), при этом значения показателей результативности оцениваются нарастающим итогом за период с начала года.

4. Расчет суммы премиальных выплат в разрезе медицинских организаций (с учетом оценки показателей результативности деятельности медицинских организаций) осуществляется Территориальным фондом ОМС Чувашской Республики (далее – Территориальный фонд ОМС) при участии Рабочей группы по тарифам на оплату медицинской помощи, созданной при Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия), в течение 20 рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом (месяцем).

 5. Размеры премиальных выплат в разрезе медицинских организаций в срок не позднее завершения месяца, следующего за отчетным периодом, выносятся на рассмотрение Комиссии, утверждаются решением Комиссии в составе Тарифного соглашения (приложение 17.1 к Тарифному соглашению) в расчете на одно застрахованное лицо и доводится до сведения МО и СМО посредством размещения на официальном сайте Территориального фонда ОМС.

6. Премиальные (стимулирующие) выплаты медицинским организациям производятся страховыми медицинскими организациями в составе средств подушевого финансирования, рассчитанного на месяц, следующий за отчетным периодом, на основании предъявленных медицинскими организациями счетов по форме и в сроки, утвержденные Регламентом взаимодействия участников ОМС.

7. Расчет суммы премиальных выплат, а также их учет осуществляется в разрезе медицинских организаций.

8. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также параметры их оценки установлены в приложении 6 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению). При оценке результативности деятельности медицинских организаций используются соответствующие плановые показатели для медицинских организаций в разрезе месяцев, устанавленные Министерством здравоохранения Чувашской Республики на текущий год (с изм. от 05.03.2021).

9. При оценке показателей результативности деятельности медицинских организаций учитываются случаи оказания медицинкой помощи, завершенные в отчетном периоде, принятые к оплате в системе ОМС с учетом результатов МЭК.

10. Размер премиальных (стимулирующих) выплат в разрезе медицинских организаций определяется согласно следующего алгоритма:

а) Определяется фактическое значение достижения каждого из целевых показателей результативности деятельности отдельно по каждой медицинской организации с учетом плановых показателей, устанавленных Министерством здравоохранения Чувашской Республики в разрезе месяцев (% исполнения плана нарастающим итогом с начала года), при этом оценке подлежат показатели результативности с установленным плановым значением отчетного периода более нуля (с изм. от 05.03.2021).

 б) Производится оценка уровня достижения каждого целевого показателя результативности в разрезе медицинских организаций по балльной системе исходя из параметров оценки, установленных в приложении 6 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению).

в) Определяется суммарное количество баллов по оцениваемым целевым показателям результативности для каждой медицинской организации.

г) Размер средств, направляемых на выплаты i-ой медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности деятельности СФРДi за отчетный период, определяется по следующей формуле:

$$  CФ\_{РДi}=\frac{Ч \_{i}×T×Б\_{i} }{\sum\_{1}^{n}Ч\_{i}×T×Б\_{i}}×ОС\_{РД} где:$$

Бi - суммарное количество баллов по оцениваемым индикаторам для i-ой медицинской организации;

ОСрд – размер премиального фонда, рассчитанный для премирования медицинских организаций за достижение целевых значений показателей результативности их деятельности по итогам отчетного периода, направляемый на выплаты, рублей;

Чi – численность лиц, застрахованных в Чувашской Республике и прикрепленных к медицинской организации, участвующей в подушевом финансировании на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности, по состоянию на первое число месяца, следующего за отчетным периодом, человек;

Т – премиальный фонд за достижение целевых значений показателей результативности деятельности в отчетном периоде в расчете на 1-го застрахованного, из числа всех застрахованных, прикрепленных к медицинским организациям, участвующим в подушевом финансировании на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности с учетом показателей результативности деятельности, рублей. Данный показатель определяется по следующей формуле:

Т= ОСрд / Ч, где:

ОСрд- премиальный фонд за достижение целевых значений показателей результативности деятельности, сформированный на отчетный период, руб. Определяется как произведение 1/12 годового премиального фонда (рублей) и числа месяцев в отчетном периоде.

Приложение 6

к условиям оплаты медицинской помощи

(с изменениями от 05.03.2021)

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, а также параметры их оценки в рамках оплаты по подушевому нормативу финансирования амбулаторной помощи на прикрепившихся лиц, застрахованных на территории Чувашской Республики.

Приложение 7

к условиям оплаты медицинской помощи

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, действующий на территории Чувашской Республики.

Приложение 8

к условиям оплаты медицинской помощи

Проведение однотипных операций на парных органах, действующий на территории Чувашской Республики.

1. За счет средств обязательного медицинского страхования финансируются медицинский осмотр пациента перед проведением прививки и собственно процедура прививки. Обеспечение медицинских организаций иммунобиологическими препаратами производится за счет средств соответствующих бюджетов. [↑](#footnote-ref-1)