Приложение 2

к Тарифному соглашению по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике

**(с изменениями от 31.01.2023, от 01.03.2023, от 29.03.2023,**

**от 28.04.2023, от 11.05.2023, от 02.06.2023, от 28.06.2023,**

**от 28.07.2023, от 31.08.2023, от 13.10.2023, от 29.11.2023,**

 **от 20.12.2023)**

**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 также медицинские услуги во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры и школах здоровья (за исключением школы сахарного диабета, оплачиваемых по отдельному тарифу) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями, за исключением медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам в соответствии с Тарифным соглашением.

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 обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (флаг «РБ»);

– 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**,** проводимых в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, перечень которых изложен в приложении 8 (флаг «ДУ»);

– отдельных диагностических услуг и лабораторных исследований**,** оплачиваемых в рамках межучрежденческих взаиморасчетов между медицинскими организациями и проводимых в амбулаторных условиях, перечень которых изложен в приложении 10 к Тарифному соглашению (сочетание флагов: «ДУ» и «ВЗР» или «ЦЛ» и «ВЗР»);

- случаев амбулаторной медицинской помощи, оказанной центрами амбулаторной онкологической помощи, а также первичными онкологическими кабинетами; (с изм. от 01.03.2023, от 28.04.2023)

- случаев диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- 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 (флаги «УДИСП1», «УДИСП2»);

-случаев проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (флаги «ДИСП1», «ДИСП2», «ДТСР1», «ДТСР2», «ДИСП31», «ДИСП32», «ДИСП41», «ДИСП42», «ДТУ1», «ДТУ2», «ПМД1», «ПМД2», «П1011»), включая отдельные лабораторные и диагностические исследования в рамках второго этапа диспансеризации (приложение 8.1 к Тарифному соглашению);

- комплексных посещений школы сахарного диабета (флаг «ШСД»).

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 Тарифному соглашению).

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 расходы, связанные с проведением необходимых профилактических и лечебных мероприятий, лабораторных и диагностических исследований, телемедицинского консультирования, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры, школах здоровья в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, за исключением расходов, связанных с проведением отдельных диагностических исследований, проводимых при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, оплата которых согласно Тарифному соглашению осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (приложения 8, 8.1 к Тарифному соглашению), расходов на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, медицинской реабилитации, комплексных посещений школы сахарного диабета, оплачиваемых по отдельному тарифу, расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и прочих расходов в соответствии с пунктом 2.2.3. Тарифного соглашения.

Осуществление выплат медицинским организациям с учетом достижения показателей результативности деятельности производится в соответствии с Порядком осуществления выплат, изложенным в приложении 4 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 5 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 (дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо на периоды с 01.01.2023 по 31.10.2023 и с 01.12.2023 по 31.12.2023 устанавливаются в приложении 17 к Тарифному соглашению, на период с 01.11.2023 по 30.11.2023 устанавливаются в приложении 17.2. к Тарифному соглашению); (с изм. от 29.11.2023)

Чi – численность прикрепившихся застрахованных лиц к i-той медицинской организации на основе акта сверки численности на 1 число отчетного месяца между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями.

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 Тарифному соглашению).

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.

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 сроки, установленные Регламентом взаимодействия участников ОМС, производит окончательный расчет оплаты внешних медицинских услуг МО-исполнителей за счет подушевого норматива финансирования соответствующих МО-фондодержателей (включая объемы амбулаторной медицинской помощи, оказанные фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами), 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.

В связи с реорганизацией БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии в форме присоединения к нему БУ «Вторая городская больница» Минздрава Чувашии и БУ «Первая Чебоксарская ГБ им. П.Н. Осипова» Минздрава Чувашии от 05.10.2023 (постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 14.06.2023 №412 «О реорганизации бюджетного учреждения Чувашской Республики «Городская клиническая больница №1» Министерства здравоохранения Чувашской Республики»; ОГРН 1022100982056, включенный в Единый государственный реестр юридических лиц по состоянию на 06.10.2023) численность прикрепившихся застрахованных лиц (Чi), используемая в расчете объема средств финансирования амбулаторной медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования для БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии на октябрь 2023 года, определяется по следующей формуле:

Чi = Ч i ГКБ1 + Чi2ГБ + ЧiПиО, где:

Чi ГКБ1 – численность прикрепившихся застрахованных лиц к БУ «Городская клиническая больница №1» Минздрава Чувашии на основе акта сверки численности на 01.10.2023;

Чi 2ГБ – численность прикрепившихся застрахованных лиц к БУ «Вторая городская больница» Минздрава Чувашии на основе акта сверки численности на 01.10.2023;

Чi ПиО – численность прикрепившихся застрахованных лиц к БУ «Первая Чебоксарская ГБ им. П.Н. Осипова» Минздрава Чувашии на основе акта сверки численности на 01.10.2023. (с изм. от 13.10.2023)

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 к Тарифному соглашению), 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 Тарифному соглашению.

1.3.1. **Базовые нормативы 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) установлены в пункте 3.7. Тарифного соглашения.

Коэффициенты специфики, применяемые к б**азовым нормативам финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов** изложены в пункте 3.8. Тарифного соглашения.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

1.3.2. 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.

1.3.3. 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 Тарифным 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 территории 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 0,67. (с изм. от 31.08.2023)

* 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 территории 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 территории Чувашской Республики, прикрепленных к конкретной медицинской организации, обслуживаемых i-тым ФАПом, человек.

1.3.4. 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.

1.3.5. По итогам наличия выставленных к оплате в системе ОМС случаев оказания медицинской помощи в феврале 2023 года (повторные счета за февраль 2023 года) сформирован дополнительный перечень фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь в рамках реализации Территориальной программы ОМС Чувашской Республики в марте 2023 года (приложение 4.1 к Тарифному соглашению). Дополнительный объем средств на март 2023 года (**ОСФАП (март)**) для финансирования конкретных фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, указанных в приложении 4.1 к Тарифному соглашению, рассчитывается по следующей формуле:

**ОСФАП (март) = ∑ОСiФАП (март), где:**

**ОСiФАП** (март) – дополнительный объем средств на март 2023 года для финансирования i-того фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта конкретной медицинской организации (приложение 4.1 к Тарифному соглашению), рублей, который рассчитывается по следующей формуле:

**ОСiФАП** март= ОФФАП (март)n **х** КСФАПi х ДНФАП (март)i ,где:

ОФФАП(март)n – объемсредств для финансирования фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n-го типа на март 2023 года, 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;

ДНФАП (март)i – доля лиц, застрахованных в конкретной страховой медицинской организации и обслуживаемых i-тым ФАПом, от общего числа лиц, застрахованных на территории Чувашской Республики, обслуживаемых i-тым ФАПом, которая находится по формуле:

ЧСМО (март)**i** - численность лиц, застрахованных в конкретной страховой медицинской организации, прикрепленных к конкретной медицинской организации, обслуживаемых i-тым ФАПом, человек (по состоянию на 01.03.2023);

Ч(март)**i** - численность лиц, застрахованных на территории Чувашской Республики, прикрепленных к конкретной медицинской организации, обслуживаемых i-тым ФАПом, человек (по состоянию на 01.03.2023).

Дополнительная сумма финансирования фельдшерско-акушерских пунктов за март 2023 года составит 264,2 тыс. рублей.

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

 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 Тарифному соглашению).

Случай обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях, в состав которого входит одно и более посещение, выполненное с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями, оплачивается в соответствии с Тарифами (приложение 13 к Тарифному соглашению) на условиях подушевого финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц, с применением флага «ВПТМК» (обращение по поводу заболевания в амбулаторных условиях, выполненное с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями), при этом оплате в системе ОМС подлежат обращения по поводу заболевания с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями, выполненные медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население.

Согласно пункту 4 статьи 36.2. Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» первое амбулаторное посещение в составе указанных обращений должно быть выполнено в формате очного приема (осмотр, консультация).

Условия оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями, а также соответствующий перечень медицинских организаций устанавливается Министерством здравоохранения Чувашской Республики.

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 Тарифному соглашению).

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

1.6. **Оплата диагностических услуг**, оказанных в соответствии с плановым объемом, установленным Комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия), производится в соответствии с Тарифами **(приложение 8 к Тарифному соглашению)** с применением флага «ДУ» (диагностические услуги).

Оплата отдельных **диагностических услуг, проводимых в рамках второго этапа** диспансеризации **(приложение 8.1 к Тарифному соглашению)** с применением сочетания флагов «ДУ» и «ДИСП2».

1.7. Тарифы на проведение **лучевой диагностики** (приложение 8 к Тарифному соглашению) помимо расходов, связанных с проведением исследования, включают в себя стоимость услуги по описанию снимков, услуги записи результата исследования на носители информации, а также стоимость носителя информации (CD- диск в защитной упаковке либо пленка).

Оплата услуг компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии осуществляется при наличии у пациента направления установленного образца (приложение 12 к Регламенту взаимодействия участников ОМС) в соответствии с тарифами (приложение 8 к Тарифному соглашению) с применением флага «ДУ» (диагностические услуги).

В зависимости от числа снимков анатомических областей, выполненных одному пациенту в один день, тарифы дифференцируются следующим образом:

- исследование одной анатомической области;

- исследование двух анатомических областей;

- исследование трех анатомических областей;

- исследование четырех и более анатомических областей.

При этом к оплате в системе ОМС выставляется один случай компьютерной томографии (магнитно-резонансной томографии) по тарифу, соответствующему числу снимков, выполненных одному пациенту в один день в одной медицинской организацией.

 В случае использования в процессе исследования пациента контрастного вещества случай компьютерной томографии (магнитно-резонансной томографии) подлежит выставлению к оплате как услуга, проведенная с контрастированием, при этом размер тарифа дифференцируются по числу снимков анатомических областей, выполненных одному пациенту в один день в одной медицинской организацией (приложение 8 к Тарифному соглашению).

Случаи компьютерной томографии (магнитно-резонансной томографии), включающие исследования трех и более областей в одном законченном случае, подлежат экспертизе.

1.8. **Комплексная диагностическая услуга** (приложение 8 к Тарифному соглашению) **«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) с применением флага «ДУ».

1.9. **Оплата обязательных диагностических услуг, оказанных гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, в военные профессиональные образовательные организации или военные образовательные организации высшего образования, при заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по 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 Тарифному соглашению) с применением флагов «ДУ» (диагностические услуги), «ВНК» (направление военкомата).

Пункты 4.1, 4.2 и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.10. **Оплата услуг диализа.**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа.

Оплата услуг гемодиализа, оказанных больным в специализированных отделениях медицинских организаций при условии оформления талона амбулаторного пациента, производится в соответствии с Тарифом (приложение 26 к Тарифному соглашению) с применением флага «ГЗ» (гемодиализ).

Стоимость одного обращения рассчитывается с учетом количества фактически выполненных услуг.

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).

Финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи, которая оказывается методом заместительной почечной терапии, и обратно не осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.11. Оплата комплексного посещения **школы сахарного диабета** осуществляется вне подушевого норматива финансирования с применением тарифов (приложение 9 к Тарифному соглашению) по категории пациента, относящегося к соответствующей группе пациентов с применением флагов: «ШСД1» - школа сахарного диабета для взрослых с сахарным диабетом 1 типа; «ШСД2» - школа сахарного диабета для взрослых с сахарным диабетом 2 типа; «ШСДД» - школа сахарного диабета для детей и подростков с сахарным диабетом и их родителей, цель посещения – «С проф. целью».

Оплате подлежит разовое посещение школы сахарного диабета, при этом талон амбулаторного пациента оформляется на 1 разовое посещение (приложение 9 к Тарифному соглашению). (с изм. от 29.03.2023, от 28.04.2023)

Занятие в рамках посещения школы сахарного диабета предусматривает также проверку дневников самоконтроля, при этом группа пациентов при посещении школы сахарного диабета составляет в среднем 10 человек.

Рекомендуемая кратность посещений при проведении одного обучения с учетом контингента пациента представлена в таблице:

**Рекомендуемая кратность посещений при проведении одного обучения с учетом контингента пациента**

|  |  |
| --- | --- |
| **Контингент пациентов** | **Среднее количество занятий при проведении одного обучения** |
| Взрослые с сахарным диабетом 1типа | 5 занятий продолжительностью по 4 часа + проверкадневников самоконтроля |
| Взрослые с сахарным диабетом 2типа | 5 занятий продолжительностью по 3 часа + проверкадневников самоконтроля |
| Дети и подростки с сахарнымдиабетом и их родителей | 10 занятий продолжительностью по 2 часа + проверкадневников самоконтроля |

1.12. **Оплата стоматологической помощи** производится в соответствии с Тарифами (приложение 5 к Тарифному соглашению). 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 Тарифному соглашению) 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 Тарифному соглашению) 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 Тарифному соглашению) по специальностям «Стоматология профилактическая (доврачебная)», «Гигиена в стоматологии», коды вида работ заполняются в соответствии с приложением 1.2 к Условиям оплаты.

Пункты 4.1., 4.2. и 4.3. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

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

Пункт 4.2. и 4.3. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.14. **Оплата случаев диспансерного наблюдения.**

Тариф на оплату комплексного посещения в рамках диспансерного наблюдения включает стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», за исключением стоимости отдельных диагностических услуг, проводимых в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и оплачиваемых по отдельным тарифам в соответствии с приложением 8 к Тарифному соглашению.

Талон амбулаторного пациента оформляется на один законченный случай с соответствующим диагнозом, цель посещения – «Диспансерное наблюдение».

1.14.1. **Оплата случаев диспансерного наблюдения** отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, предусмотренных приказами Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и от 4 июня 2020 г. №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», осуществляется за единицу объема медицинской помощи (разовое посещение) вне подушевого финансирования в соответствии с тарифами (приложение 13.1 к Тарифному соглашению), за исключением первого посещения в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров, в том числе в рамках диспансеризации. (с изм. от 29.03.2023, от 28.04.2023)

Тарифы **на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения** не включают расходы на проведение отдельных диагностических услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам в соответствии с приложением 8 к Тарифному соглашению.

Случай выставляется к оплате с применением флага «ДЗ» (диспансерное наблюдение по заболеванию).

Оплата отдельных диагностических услуг, проводимых в рамках проведения диспансерного наблюдения, оплачивается по отдельным тарифам в соответствии с приложением 8 к Тарифному соглашению с применением сочетания флагов «ДЗ» и «ДУ».

1.14.2. **Оплата случаев диспансерного наблюдения** граждан, за исключением случаев, указанных в пункте 1.14.1., осуществляется за единицу объема медицинской помощи в соответствии с тарифами (приложения 5 и 13 к Тарифному соглашению) в рамках подушевого финансирования с применением флагов «ДЗ» и «ПФА». Указанные тарифы не включают расходы на проведение отдельных диагностических услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам в соответствии с приложением 8 к Тарифному соглашению.

Оплата отдельных диагностических услуг, проводимых в рамках проведения диспансерного наблюдения, оплачивается по отдельным тарифам в соответствии с приложением 8 к Тарифному соглашению с применением сочетания флагов «ДЗ» и «ДУ».

1.15. В рамках базовой программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, **в связи с занятиями физической культурой и спортом**. При этом проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом, **не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.**

Посещения в рамках проведения медицинских осмотров и углубленных медицинских обследований оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к Тарифному соглашению) с применением флага «ПО» (профилактический осмотр), цель посещения – «С проф. целью». Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, оплата осуществляется в рамках подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи.

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

Пункты 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

**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.

1.16. Оплата случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях **методами лазерной хирургии** производится в соответствие с Тарифами (приложение 12 к Тарифному соглашению) 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 4.1., 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.17. **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 Тарифному соглашению) 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 (10 посещений в 1 обращении) производится за фактически проведенные посещения (приложение 5 к Тарифному соглашению). Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, оплата процедур аппаратного лечения при оказании офтальмологической первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Пункт 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.18. 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 Тарифному соглашению) 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 Тарифному соглашению) 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.

1.19. 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 Тарифному соглашению) 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».

1.20. Посещения в рамках проведения **диспансерного наблюдения по поводу беременности** оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложение 5 к Тарифному соглашению) 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 Тарифному соглашению).

 1.21. Финансовое обеспечение **профилактических медицинских осмотров и диспансеризации** осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

 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 в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь. Работники и обучающиеся в образовательной организации вправе пройти профилактический медицинский осмотр и (или) диспансеризацию в медицинской организации, не предусмотренной абзацем первым настоящего пункта и участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - иная медицинская организация), в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре иной медицинской организации (включая место работы и учебы).(с изм. от 29.11.2023)

**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), которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

Оплата **профилактических медицинских осмотров**, в том числе в рамках диспансеризации осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам (приложение 11 к Тарифному соглашению) с применением флага «П1011» - профилактический медицинский осмотр. В талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Медицинский осмотр».

**Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения**, включающий профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам (приложение 11 к Тарифному соглашению) 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», осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам (приложение 5, 8.1 к Тарифному соглашению) 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.

Финансовое обеспечение мероприятий по проведению ежегодной диспансеризации лиц в возрасте 40 лет и старше, а также отдельных категорий граждан, перечень которых установлен приказом Минздрава России от 27 апреля 2021 № 404н, осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) (приложение 11 к Тарифному соглашению), 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 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

1.22. Оплата **углубленной диспансеризации** осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц за единицу объема медицинской помощи - **за комплексное посещение, а также за единицу объема** **медицинской помощи (за медицинскую услугу)** в объёме лабораторных и диагностических исследований по тарифам, установленным в приложениях 5, 11 к Тарифному соглашению.

При выставлении к оплате случаев **углубленной диспансеризации** в талоне амбулаторного пациента указывается цель посещения – «Медицинский осмотр» и флаги «УДИСП1» или «УДИСП2».

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

**Оплата комплексного посещения в рамках проведения I этапа** **углубленной диспансеризации** производится в случае выполнения в полном объеме следующих лабораторных и диагностических исследований (с применением флага «УДИСП1», цель посещения – «Медицинский осмотр»):

- измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;

- проведение спирометрии или спирографии;

- общий (клинический) анализ крови развернутый;

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

При невыполнении в полном объеме 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** также подлежат следующие медицинские услуги (с применением флага «УДИСП1», цель посещения – «Медицинский осмотр»):

- тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);

- определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

- прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики) (оплате подлежит одно посещение к специалисту при условии, если углубленная диспансеризация была проведена как самостоятельное профилактическое мероприятие (вне проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра).

Согласно подпункту 8 пункта 16 приказа Минздрава России от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» схема проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации включает в себя флюорографию легких или рентгенографию легких для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года (т.е. для всех «четных» возрастов пациентов: 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 82, 84, 86, 88, 90, 92, 94, 96, 98), расходы на проведение данных диагностических исследований включены в комплексные тарифы на оплату случаев профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (приложение 11 к Тарифному соглашению) для соответствующих возрастов, в связи с чем проведение флюорографии или рентгенографии легких для указанной группы пациентов не подлежит выставлению к оплате в системе ОМС в рамках проведения I этапа углубленной диспансеризации.

**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).

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках **углубленной диспансеризации** установлен в приложении 2 постановления Правительства Российской Федерации 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»( далее – Программа).

**Оплата иных медицинских услуг, предоставленных в рамках проведения I и II этапов углубленной диспансеризации, но не предусмотренных** Программой, 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 (таблица 3 приложения 10 к Тарифному соглашению) с применением одновременного сочетания флагов: «ЦЛ» и «ВЗР» либо «ДУ» и «ВЗР». (с изм. от 01.03.2023, от 28.04.2023)

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 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению не применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

# 1.23. Посещения по вопросам **профилактики абортов** оплачиваются в соответствии с Тарифами (приложения 5 к Тарифному соглашению) 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 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.24. Оплата посещений по поводу проведения **профилактических осмотров детей** и взрослых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам (приложение 5 к Тарифному соглашению) с применением 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 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

1.25. 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 Тарифному соглашению), 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.

**1.26. 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 Тарифному соглашению), 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 Тарифному соглашению и приложение 13 к Тарифному соглашению) 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 Тарифному соглашению), с применением флага «ПП» (профилактическая прививка).

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

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

Пункты 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

1.28. Оплата проведения первого этапа **диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,** осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц 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 Тарифному соглашению) и 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, осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам (приложение 5 к Тарифному соглашению) с применением 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 4.2. и 4.4. настоящего приложения к Тарифному соглашению применяются к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи.

1.29. Оплата проведения **первого этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних** осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам (приложение 11 к Тарифному соглашению) с применением флага «ПМД1», цель посещения – «Медицинский осмотр».

Оплата посещений, связанных с проведением второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по тарифам (приложение 5 к Тарифному соглашению) с применением флага «ПМД2», цель посещения – «Медицинский осмотр».

Пункты 4.2. и 4.4. 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.

1.30. 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,** осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц 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 Тарифному соглашению) 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,** осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц с применением тарифов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях в системе обязательного медицинского страхования (приложение 5 к Тарифному соглашению) и флага «ДТУ2», цель посещения – «Диспансеризация определенных групп».

Пункты 4.2. и 4.4. 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.

1.31. При оформлении талона амбулаторного пациента по случаям, указанным в п.п. 1.24 настоящего приложения к Тарифному соглашению, 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.

1.32. **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 Тарифному соглашению), цель посещения - «Патронаж», диагноз по МКБ Х Z00.1.000.

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

1.34. 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 Тарифному соглашению) с применением флага «НП2».

1.35. Медицинская реабилитация, проводимая в амбулаторных условиях (третий этап), включает набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации.

Способом оплаты случая медицинской реабилитации в амбулаторных условиях является оплата за единицу объема медицинской помощи (за комплексное посещение). Размер стоимости комплексного посещения определяется как суммарная стоимость фактически оказанных медицинских услуг за весь период (все дни) реабилитации с учетом диагноза пациента и значения шкалы реабилитационной маршрутизации:

, где:

 – стоимость комплексного посещения (законченного случая), рублей;

Тусл1, Тусл2… Туслn - тарифы на оплату услуг медицинской реабилитации в зависимости от наименования и кода услуги (приложение 8.2. к Тарифному соглашению), рублей;

a, b … n – число услуг в разрезе наименований и кодов услуг, фактически оказанных пациенту в рамках законченного случая (всех дней реабилитации).

При этом рекомендуемая кратность одного комплексного посещения, как законченного случая медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, составляет в среднем
10–12 посещений (дней реабилитации). Продолжительность мероприятий по медицинской реабилитации взрослым пациентам на амбулаторном этапе составляет не менее 3-х часов в день и осуществляется не реже, чем один раз каждые 48 часов.

Оплате в системе ОМС подлежат случаи медицинской реабилитации с фактической кратностью 5 и более посещений (дней реабилитации), включающие оказанные пациенту в рамках законченного случая услуги медицинской реабилитации из перечня услуг, изложенного в приложении 8.2. к Тарифному соглашению.

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

 Организация медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с порядками, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации взрослых», приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении порядка организации медицинской реабилитации детей») и рекомендациями Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Оплата случаев медицинской реабилитации производится при условии:

- наличия у медицинской организации лицензии по профилю «медицинская реабилитация», включая работы (услуги) по медицинской реабилитации;

- установления для медицинской организации Комиссией планового объема медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

За счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется в том числе оплата труда работников медицинской организации, не имеющих медицинского образования, которые участвуют в оказании медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации***.***

1.36. 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 (приложение 5 к Тарифному соглашению) 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».

1.37. 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».

1.38. 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 Тарифному соглашению) 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» - лекарственная терапия с применением ингибиторов протеинкиназы (множественная миелома) профиль гематология; «ЛТНЕ» - лекарственная терапия с применением иммунодепрессантов - противоопухолевых средств - моноклональных антител при заболеваниях по неврологическому профилю; «ЛТРЕ» - лекарственная терапия с применением генно-инженерных препаратов при заболеваниях по ревматологическому профилю.

1.39. 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 Тарифному соглашению) 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.

**2. Условия оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.**

2.1. **Законченный случай лечения заболевания** **в стационарных условиях и 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.

2.2. **Коды законченных случаев оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара,** (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 и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по клинико-статистическим группам** осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.01.2023 № 31-2/И/2-1075 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023 № 00-10-26-2-06/749) (далее - Методические рекомендации по способам оплаты), с учетом следующих справочников, входящих в Методические рекомендации по способам оплаты:

– справочник КСГ;

– справочник кодов МКБ-10 с указанием для каждого кода, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код диагноза;

– справочник кодов Номенклатуры с указанием для каждого кода услуги, включенного в группировку, номеров КСГ, к которым может быть отнесен данный код (далее - «Номенклатура»);

 – справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы – «Онкология, схемы ЛТ»;

– справочник схем лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы – «ХГС, схемы ЛТ»;

– справочник схем для лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы – «ГИБП, схемы ЛТ»;

– справочник МНН лекарственных препаратов (сочетания МНН лекарственных препаратов) с указанием для каждой позиции номеров КСГ, к которым может быть отнесен случай госпитализации с применением данного МНН лекарственного препарата (сочетания МНН лекарственных препаратов);

– справочник кодов иных классификационных критериев (в дополнение к справочникам схем лекарственной терапии и справочнику «МНН ЛП», используемых для отнесения случая госпитализации к определенным КСГ (далее – справочник «ДКК»);

-  «Группировщик» – таблица, определяющая однозначное отнесение каждого пролеченного случая к конкретной КСГ на основании всех возможных комбинаций классификационных критериев;

-  «Группировщик детальный» – таблица, соответствующая листу «Группировщик», с расшифровкой кодов МКБ-10, Номенклатуры и КСГ.

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

Процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицами «Группировщик» и «Группировщик детальный», позволяющий каждый случай в реестре пролеченных больных, оплата которого производится в рамках системы КСГ, отнести к определенной группе на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. С помощью данной таблицы осуществляется отнесение случаев ко всем КСГ.

2.4. **Оплата случая лечения по двум и более КСГ.**

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), 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 относится к прерванным по установленным основаниям прерванности в соответствии с пунктами 2.3.3. - 2.3.4. Тарифного соглашения;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение (коэффициент сложности лечения пациента, указанный в пункте 2.19.8., применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ);

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

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

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением 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;

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

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации (в качестве дополнительного диагноза указывается диагноз Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», указывается код возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и код иного классификационного критерия «irs1» или «irs2»);

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

### 2.5. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара осуществляется в соответствии с пунктами 2.3.3. - 2.3.4. Тарифного соглашения.

**2.6.** **Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 (пункт 2.3.3. Тарифного соглашения).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.3.3. Тарифного соглашения) в следующих случаях:

а) При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

б)  При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличении интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в Группировщиках при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

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

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

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

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

2.6.1. 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).

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

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение № 1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи
к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 1 к Программе), содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

**2.8. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров.**

Оплата случаев оказания помощи медицинской реабилитации в условиях круглосуточного и дневного стационара производится в соответствии с Тарифами (приложения 22 и приложения 23 к Тарифному соглашению соответственно) с при­ме­нением флага «РБ» при условии наличия у медицинской организации лицензии по профилю «Ме­дицинская реабилитация» и установления для медицинской организации Комиссией соответствующего объемов медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.026 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039).

При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в Чувашской Республике.

При оценке 4-5-6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

С 2023 года стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы увеличена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктами 2.3.3-2.3.4 Тарифного соглашения.

Тарифы на оплату КСГ: st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025 предусматривают в том числе:

- предоставление услуг медицинской реабилитации с применением роботизированных систем (в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем установлены иные классификационные критерии «rbprob4», «rbprob5», «rbrob4d12», «rbrob4d14», «rbrob5d18», «rbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитацирнной маршрутизации и длительность лечения);

- предоставление услуг медицинской реабилитации с применением ботулинического токсина (в целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина установлены иные классификационные критерии «rbb2»-«rbb5», соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина);

- предоставление услуг медицинской реабилитации с применением роботизированных систем, а также введением ботулинического токсина (в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем, а также введением ботулинического токсина установлены иные классификационные критерии «rbbprob4», «rbbprob5», «rbbrob4d14», «rbbrob5d20» включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения).

Вместе с тем, условия использования КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025) не ограничиваются услугами медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и/или введением ботулинического токсина.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется
с использованием коэффициента сложности лечения пациентов (пункт 2.19.8 настоящего приложения).

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

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

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

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

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

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии, включенной в справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) – «Онкология, схемы ЛТ».

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ-10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

**2.10. 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.

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

Формирование КСГ для случаев лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 осуществляется по коду МКБ-10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия: «stt1»–«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Перечень кодов «stt1»–«stt5» с расшифровкой содержится на вкладке «ДКК» файла «Расшифровка групп» Методических рекомендаций по способам оплаты.

Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией новой коронавирусной инфекции 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 (уровни 1 – 4).

Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016 - st12.018 (уровни 2 – 4), 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. (с изм. от 11.05.2023)

**2.12.** **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 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», осуществляется в соответствии с Тарифами (приложение 14 к Тарифному соглашению) с применением флага «ВМП».

Пункты 2.3.3. - 2.3.4. Тарифного соглашения к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяется.

**2.13. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа**

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях дневного стационара оплата осуществляется за услугу диализа (приложение 26) и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа (приложение 26) только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, при этом стоимость услуги диализа с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения к тарифу КСГ.

При выставлении к оплате случаев используется флаг «ГЗС1».

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

### 2.14. Особенности формирования КСГ для случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина.

Отнесение к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)» (st15.008 и ds15.002) производится по комбинации кода МКБ-10 (диагноза), кода Номенклатуры A25.24.001.002 «Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы», а также иного классификационного критерия «bt2», соответствующего применению ботулотоксину при других показаниях к его применению в соответствии с инструкцией по применению (кроме фокальной спастичности нижней конечности).

Отнесение к КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)» (st15.009 и ds15.003) производится по комбинации:

- кода МКБ-10 (диагноза), кода Номенклатуры A25.24.001.002 «Назначение ботулинического токсина при заболеваниях периферической нервной системы», а также иного классификационного критерия «bt1», соответствующего применению ботулотоксина при фокальной спастичности нижней конечности;

- кода МКБ-10 (диагноза), кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет), а также иного классификационного критерия «bt3», соответствующего назначению ботулинического токсина при сиалорее (только в рамках КСГ st15.009 в стационарных условиях).

При одновременном применении ботулотоксина в рамках одного случая госпитализации как при фокальной спастичности нижней конечности, так и при других показаниях, случай подлежит кодированию с использованием кода «bt1».

**2.15. Особенности формирования КСГ st36.013-st36.015 для случаев проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.**

Отнесение к КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровни 1-3)» осуществляется по коду иного классификационного критерия из диапазона «amt01»-«amt15», соответствующего коду схемы лекарственной терапии в соответствии со справочником «ДКК» файла «Расшифровка групп» Методических рекомендаций по способам оплаты.

Иные классификационные критерии для данных КСГ включают МНН дорогостоящего лекарственного препарата, назначение которого является критерием отнесения к группе,
а также обязательность наличия результатов микробиологического исследования, подтверждающего наличие инфекции, вызванной полирезистентными микроорганизмами. При этом не ограничена возможность использования в составе применяемой схемы других антимикробных лекарственных препаратов: для антибактериальных лекарственных препаратов возможно сочетание с любыми другими лекарственными препаратами, предусмотренными для проведения антимикробной терапии, в том числе антимикотическими, и наоборот. Также возможно использование как схем, включающих только антибактериальные лекарственные средства, так и терапии, включающей только антимикотические препараты.

Оплата случая лечения по указанным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного заболевания. В случае последовательного назначения нескольких курсов антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, осуществляется оплата по нескольким КСГ, однако не допускается выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения.

### 2.16. Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией

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.

**2.17. Оплата расходов на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды.**

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды.

Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

**2.18. Оплата случаев проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в дневном стационаре.**

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

1. Стимуляция суперовуляции;

2. Получение яйцеклетки;

3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

5. Дополнительно в процессе проведения процедуры цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО (полная расшифровка кодов ДКК представлена в справочнике «ДКК» Методических рекомендаций по способам оплаты).

В случае если базовый цикл ЭКО завершен 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 цикла ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла 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 цикла ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день госпитализации.

**2.19. Особенности применения коэффициентов сложности лечения пациента (далее – КСЛП) для оплаты случаев медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.**

**2.19.1. Особенности применения КСЛП для оплаты случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся предоставлением спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2.19.2. настоящего приложения.**

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

При выставлении к оплате указанных случаев ставится флаг «РД» - предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний).

**2.19.2. Особенности применения КСЛП для оплаты случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся предоставлением спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология».**

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

При выставлении к оплате указанных случаев ставится флаг «РД» - предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний).

**2.19.3. Особенности применения КСЛП для оплаты случаев оказания медицинской помощи пациентам в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки.**

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

При выставлении к оплате указанных случаев ставится флаг «КВ» - сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет) (в том числе, включая консультацию врача-гериатра).

**2.19.4. Особенности применения КСЛП для оплаты случаев оказания медицинской помощи, сопровождающихся развертыванием индивидуального поста.**

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

При выставлении к оплате указанных случаев ставится флаг «РИП» - развертывание индивидуального поста.

**2.19.5. Особенности применения КСЛП для оплаты случаев оказания медицинской помощи при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента.**

Оплата случаев оказания медицинской помощи при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

К вышеуказанным 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 (С91.1);

- 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).

При выставлении указанных случаев ставится флаг «ТСП» - наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента.

**2.19.6. Особенности применения КСЛП для оплаты случаев проведения сочетанных хирургических вмешательств.**

Оплата случаев, предусматривающих проведение **сочетанных хирургических вмешательств,** осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

Перечень сочетанных (симультанных) хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации, представлен в приложении 6 к Условиям оплаты медицинской помощи (приложение 2 к Тарифному соглашению).

В зависимости от сложности вмешательств или операций предусмотрено 5 уровней КСЛП, справочник КСЛП изложен в приложении 24 к Тарифному соглашению.

При выставлении к оплате случаев, предусматривающих проведение сочетанных хирургических вмешательств, ставится флаг «СХВ» - проведение сочетанных хирургических вмешательств.

**2.19.7. Особенности применения КСЛП для оплаты случаев проведения однотипных операций на парных органах.**

Оплата однотипных операций на парных органах осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП, представлен в приложении 7 к Условиям оплаты медицинской помощи (приложение 2 к Тарифному соглашению). К данным операциям целесообразно относить операции на парных органах/частях тела, при выполнении которых необходимы, в том числе дорогостоящие расходные материалы.

В зависимости от сложности вмешательств или операций предусмотрено 5 уровней КСЛП, справочник КСЛП изложен в приложении 24 к Тарифному соглашению.

При выставлении к оплате случая проведения однотипных операций на парных органах ставится флаг «ООП» - проведение однотипных операций на парных органах.

**2.19.8. Особенности применения КСЛП проведения I этапа медицинской реабилитации пациентов.**

Оплата случая лечения пациента с проведением I этапа медицинской реабилитации осуществляется в соответствии с тарифами (приложения 22 к Тарифному соглашению) с применением КСЛП, предусматривающего оплату проведенных реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) (далее – КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов»). Размер КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» установлен в приложении 24 к Тарифному соглашению. Порядок применения КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» изложен в пункте 4.6. настоящего приложения.

Данный КСЛП применяется при соблюдении следующих условий:

-проведение реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при наличии у медицинской организации лицензии на оказание специализированной медицинской помощи по медицинской реабилитации I и (или) II этапа и при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

Справочник КСЛП изложен в приложении 24 к Тарифному соглашению.

При выставлении указанных случаев ставится флаг «РМ» - проведение I этапа медицинской реабилитации.

**2.19.9. Особенности применения КСЛП при оплате случаев проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых.**

Оплата **случаев проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых** с применением соответствующего КСЛП осуществляется в соответствии с тарифами по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.125-st19.143, ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.097-ds19.115 (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по данному КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.

Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Код схемы** | **Описание схемы** | **Условия применения** |
| supt01 | Филграстим 4 дня введения по 300 мкг |  |
| supt02 | Деносумаб 1 день введения 120 мг | N18.3, N18.4, N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 3-5» (при клиренсе креатинина <59 мл/мин |
| supt03 | Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг |  |
| supt04 | Филграстим 8 дней введения по 300 мкг |  |
| supt05 | Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг |  |
| supt06 | Филграстим 10 дней введения по 300 мкг |  |
| supt07 | Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день |  |
| supt08 | Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг |  |
| supt09 | Ведолизумаб 1 день введения 300 мг |  |
| supt10 | Инфликсимаб 1 день введения 800 мг |  |
| supt11 | Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг |  |
| supt12 | Иммуноглобулин антитимоцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг |  |

Справочник КСЛП изложен в приложении 24 к Тарифному соглашению.

При выставлении указанных случаев ставится флаг «СЛТ» - сопроводительная лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях у взрослых.

**2.19.10. Особенности применения КСЛП при проведении тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации.**

Оплата случаев, предусматривающих проведение **тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации в условиях круглосуточного стационара,** осуществляется в соответствии тарифами (приложение 22 к Тарифному соглашению) с учетом размера увеличения тарифа по соответствующему КСЛП (приложение 24 к Тарифному соглашению) согласно порядку, изложенному в пункте 4.6. настоящих Условий оплаты.

Указанный КСЛП не может применяться при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

При выставлении к оплате случаев с проведением тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) ставится флаг «ПЦР» - проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19).

**2.20. Оплаты случаев применения лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в условиях дневных стационаров.**

Оплата случаев применения лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ (ds12.012-ds12.015) в соответствии со схемами лекарственной терапии, представленными в справочнике схем лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С – «ХГС, схемы ЛТ».

С учетом установленной длительности одной госпитализации 28 дней применяются 18 схем лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С, включающих три схемы лекарственной терапии у детей от 3 до 12 лет.

Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ-10 и иного классификационного критерия «thc», отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии для проведения противовирусной терапии, каждой из сформированных схем присвоен код «thc» от 01 до 18.

В целях отнесения случая госпитализации к одной из КСГ, кодирование указанного случая должно осуществляться с использованием иного классификационного критерия, соответствующего применяемой схеме лекарственной терапии.

Коэффициент относительной затратоемкости для указанных КСГ приведен в расчете на усредненные затраты, исходя из длительности лекарственной терапии 28 дней.

Учитывая, что длительность курса кратна 28 дням, в рамках оплаты курса терапии предполагается подача счетов на оплату каждые 28 дней, начиная с 29 дня от даты госпитализации.

При этом курсовая длительность лекарственной терапии определяется клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С и инструкцией к лекарственному препарату.

 **2.21. Оплата случаев лекарственной терапии с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.**

**2.21.1. Особенности формирования КСГ st36.028-st36.047 и ds36.015-ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровни 1-20)».**

Отнесение к данным КСГ производится по комбинации иного классификационного критерия из диапазона «gsh001»-«gsh121», соответствующего МНН лекарственного препарата, наименованию и описанию схемы, количеству дней введения в соответствии со справочником «ГИБП, схемы ЛТ» и кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «6» (старше 18 лет). Код возраста применяется в случае, если лекарственный препарат в соответствии с инструкцией по применению назначается в дозе из расчёта на кг веса (мг/кг), и данная дозировка совпадает для пациентов в возрасте от 0 дней до 18 лет и пациентов старше 18 лет.

Периодичность подачи счетов на оплату случаев госпитализации при лечении одного пациента по КСГ st36.028-st36.047 и ds36.015-ds36.034 определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по соответствующей нозологии.

Выбор КСГ для оплаты случая лечения осуществляется по общим правилам. В ряде случаев стоимость КСГ, определенной по коду основного заболевания, превышает стоимость КСГ с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (далее – ГИБП и СИ), и оплата в данном случае может осуществляться по КСГ, определенной по коду основного заболевания, при этом учитывается фактическая длительность лечения и наличие у КСГ, определяемой по коду основного заболевания, признака прерванности, в случае длительности госпитализации менее 3-х дней.

В случае лечения пациента лекарственными препаратами в таблетированной форме в стационарных условиях оплата случая осуществляется по КСГ, определенной по коду основного заболевания.

**2.21.2. Особенности формирования КСГ st36.027 и ds36.014 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (инициация)».**

Указанные КСГ применяются для оплаты проведения инициации или замены ГИБП и СИ для заболеваний и состояний, по которым не предусмотрена инициация или замена ГИПБ и СИ, либо предусмотрено назначение только ГИБП без возможности применения СИ, в рамках оказания ВМП.

Необходимо отметить, что поликомпонентная лекарственная терапия с включением (инициацией и заменой) ГИБП и СИ предполагает возможность повторной госпитализации, требующейся в связи с применением насыщающих доз в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата как в рамках модели КСГ, так и при оказании ВМП.

Отнесение к данным КСГ производится по следующим комбинациям:

 - кода МКБ-10, кода возраста «6» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов;

 - кода МКБ-10, кода возраста «6» (старше 18 лет) и кода иного классификационного критерия «inс», соответствующего терапии с инициацией или заменой селективных иммунодепрессантов;

 - кода МКБ-10 и кода иного классификационного критерия «in», соответствующего терапии с инициацией или заменой генно-инженерных биологических лекарственных препаратов или селективных иммунодепрессантов.

### 2.22. Особенности формирования КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции».

Оплата случаев иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции дифференцирована на две КСГ уровень 1 и уровень 2 в зависимости от возраста ребенка. При этом МНН лекарственного препарата и конкретизация возраста ребенка закодирована в ином классификационном критерии:

* irs1 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети до 2-х месяцев, включительно)»;
* irs2 «паливизумаб (1 введение) в рамках проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (дети старше 2-х месяцев)».

Для отнесения к КСГ st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.013 случай следует кодировать по коду МКБ-10 основного диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни», коду возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей до 2-х месяцев (включительно) или «irs2», соответствующего одному введению паливизумаба в рамках проведения иммунизации против РСВ инфекции для детей старше 2-х месяцев.

КСГ (st36.025, st36.026 и ds36.012, ds36.01) могут применяться как самостоятельно, в случае, когда иммунизация против РСВ является основным поводом к госпитализации, так и в сочетании с КСГ для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся в том числе показанием к иммунизации (пункт 2.4. настоящего приложения).

Если иммунизация против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции оплачивается в сочетании с другой КСГ, то случай следует кодировать с указанием диагноза Z25.8 «Необходимость иммунизации против другой уточненной одной вирусной болезни» в качестве дополнительного диагноза, кодом возраста «4» (от 0 дней до 2 лет) и коду иного классификационного критерия «irs1» или «irs2».

### 2.23.Особенности формирования реанимационных КСГ

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

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

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг
осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ.

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».

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

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

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

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

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести 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.

Градации оценок по шкале SOFA:

| **Оценка** | **Показатель** | **0 балл** | **1 балл** | **2 балла** | **3 балла** | **4 балла** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дыхание | PaO2/FiO2,мм рт.ст. | ≥ 400 | < 400 | < 300 | < 200 | < 100 |
| Сердечно-СосудистаяСистема | Среднее АД,мм рт.ст.или вазопрессоры,мкг/кг/мин | ≥ 70 | < 70 | Дофамин< 5 или добутамин(любая доза) | Дофамин5-15 илиадреналин < 0,1норадреналин< 0.1 | Дофамин >15 или адреналин> 0,1 илинорадреналин> 0,1 |
| Коагуляция | Тромбоциты,10 3/мкл | ≥ 150 | < 150 | < 100 | < 50 | < 20 |
| Печень | Билирубин,ммоль/л,мг/дл | < 20< 1,2 | 20-321.2−1.9 | 33-1012.0−5.9 | 102-2016.0−11.9 | >204≥ 12.0 |
| Почки | Креатинин,мкмоль/л,мг/дл | <110<1,2 | 110-1701,2-1,9 | 171-2992,0-3,4 | 300-4403,5-4,9 | >440>4,9 |
| ЦНС | Шкала Глазго,баллы | 15 | 13-14 | 10-12 | 6-9 | <6 |

Примечания:

- Дисфункция каждого органа оценивается отдельно в динамике.

- PaO2 в mm Hg и FIO2 в % 0.21 – 1.00.

- Адренергические препараты назначены как минимум на 1 час в дозе мкг на кг в минуту.

- Среднее АД в mm Hg =

= ((систолическое АД в mm Hg) + (2 \* (диастолическое АД в mm Hg))) / 3.

- 0 баллов – норма; 4 балла – наибольшее отклонение от нормального значения

- Общий балл SOFA = Сумма баллов всех 6 параметров.

Интерпретация:

* минимальный общий балл: 0
* максимальный общий балл: 24
* чем выше балл, тем больше дисфункция органа.
* чем больше общий балл, тем сильнее мультиорганная дисфункция.

Шкала комы Глазго, используемая для оценки дисфункции центральной нервной системы, представлена ниже:

|  |  |
| --- | --- |
| **Клинический признак** | **Балл** |
| ***Открывание глаз:*** |
| отсутствует | 1 |
| в ответ на болевой стимул | 2 |
| в ответ на обращенную речь | 3 |
| произвольное | 4 |
| ***Вербальный ответ:*** |
| отсутствует | 1 |
| нечленораздельные звуки | 2 |
| неадекватные слова или выражения | 3 |
| спутанная, дезориентированная речь | 4 |
| ориентированный ответ | 5 |
| ***Двигательный ответ:*** |
| отсутствует | 1 |
| тоническое разгибание конечности в ответ на болевой стимул (децеребрация) | 2 |
| тоническое сгибание конечности в ответ на болевой стимул (декортикация) | 3 |
| отдергивание конечности в ответ на болевой стимул | 4 |
| целенаправленная реакция на болевой стимул | 5 |
| выполнение команд | 6 |

Примечания:

- 15 баллов – сознание ясное.

- 10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение.

- 9-10 баллов – сопор.

- 7-8 баллов – кома 1-й степени.

- 5-6 баллов – кома 2-й степени.

- 3-4 балла – кома 3-й степени.

Для оценки состояния пациентов младше 18 лет используется модифицированная шкала pSOFA:

| **Оценка** | **Показатель** | **Баллыa** |
| --- | --- | --- |
| **0 балл** | **1 балл** | **2 балла** | **3 балла** | **4 балла** |
| Дыхание | PaO2/FiO2b,мм рт.ст. | ≥400 | 300-399 | 200-299 | 100-199 с респираторной поддержкой | <100 с респираторной поддержкой |
| или SpO2/FiO2c | ≥292 | 264-291 | 221-264 | 148-220 с респираторной поддержкой | <148 с респираторной поддержкой |
| Сердечно-сосудистаясистема | Среднее АД соответственно возрастной группе или инфузия вазоактивных препаратов,мм рт.ст.или мкг/кг/минd |  |  |  |  |  |
| < 1 мес. жизни | ≥46 | <46 | Допамин гидрохлорид ≤ 5 или добутамин гидрохлорид (любой из препаратов) | Допамин гидрохлорид > 5 или эпинефрин ≤ 0.1 или норэпинефрин битартрат ≤ 0.1 | Допамин гидрохлорид > 15 или эпинефрин > 0.1 или норэпинефрин битартрат > 0.1 |
| 1 – 11 мес. | ≥55 | <55 |
| 12 – 23 мес. | ≥60 | <60 |
| 24 – 59 мес. | ≥62 | <62 |
| 60 – 143 мес. | ≥65 | <65 |
| 144 – 216 мес.e | ≥67 | <67 |
| Коагуляция | Тромбоциты,103/мкл | ≥150 | 100-149 | 50-99 | 20-49 | <20 |
| Печень | Билирубин,мг/дл | <1.2 | 1.2-1.9 | 2.0-5.9 | 6.0-11.9 | >12.0 |
| Почки | Креатинин соответственно возрастной группе, мг/дл |  |  |  |  |  |
| < 1 мес. жизни | <0.8 | 0.8-0.9 | 1.1-1.0 | 1.2-1.5 | ≥1.6 |
| 1 – 11 мес. | <0.3 | 0.3-0.4 | 0.5-0.7 | 0.8-1.1 | ≥1.2 |
| 12 – 23 мес. | <0.4 | 0.4-0.5 | 0.6-1.0 | 1.1-1.4 | ≥1.5 |
| 24 – 59 мес. | <0.6 | 0.6-0.8 | 0.9-1.5 | 1.6-2.2 | ≥2.3 |
| 60 – 143 мес. | <0.7 | 0.7-1.0 | 1.1-1.7 | 1.8-2.5 | ≥2.6 |
| 144 – 216 мес.e | <1.0 | 1.0-1.6 | 1.7-2.8 | 2.9-4.1 | ≥4.2 |
| ЦНС | Шкала Глазго,Баллыf | 15 | 13-14 | 10-12 | 6-9 | <6 |

Примечания:

a – Оценка по шкале pSOFA производится каждые 24 часа. За 24-период берется худшее значение каждой из переменных для всех 6 систем органов. Если в течение 24-периода какая-либо из переменных не регистрировалась, то считается, что ее значение было 0 баллов, т.е. нормальное. Оценка по шкале pSOFA достигается суммированием оценок по 6 системам органов (от 0 до 24 баллов). Чем выше итоговое значение в баллах, тем хуже прогноз.

b – PaO2 измеряется в миллиметрах ртутного столба.

с – в расчете используется значение SpO2 97% и ниже.

d – Среднее артериальное давление (САД, миллиметры ртутного столба)
в случаях измерения имеет бальные оценки 0 или 1; в случаях назначения вазопрессорных медикаментов (измеряются в микрограммах на 1 килограмм массы тела в минуту) присваиваются бальные значения 2 или 4. Учитывается период назначение вазопрессоров как минимум в течение 1 часа.

e – Точкой отсечения является возраст пациентов старше 18 лет (216 месяцев жизни), когда должна использоваться оригинальная шкала SOFA.

f – Расчет производился по педиатрической модификации Шкалы Комы Глазго.

Модификация шкалы комы Глазго, используемой для оценки дисфункции центральной нервной системы у детей, представлена ниже:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Старше 1 года** | **Младше 1 года** | **Оценка** |
| Открывание глаз | Спонтанное | Спонтанное | 4 |
| На вербальную команду | На окрик | 3 |
| На боль | На боль | 2 |
| Нет реакции | Нет реакции | 1 |
| Двигательный ответ | Правильно выполняет команду | Спонтанный | 6 |
| Локализует боль | Локализует боль | 5 |
| Сгибание-отдергивание | Сгибание-отдергивание | 4 |
| Патологическое сгибание (декортикационная ригидность) | Патологическое сгибание (декортикационная ригидность) | 3 |
| Разгибание (децеребрационная ригидность) | Разгибание (децеребрационная ригидность) | 2 |
| Нет реакции | Нет реакции | 1 |
| Вербальный ответ | **Старше 5 лет** | **От 2 до 5 лет** | **0-23 месяца** |  |
| Ориентирован | Осмысленные слова и фразы | Гулит/улыбается | 5 |
| Дезориентирован | Бессмысленные слова | Плач | 4 |
| Бессмысленные слова | Продолжающийся плач и крик | Продолжающийся неадекватный плач или крик | 3 |
| Нечленораздельные звуки | Стоны (хрюканье) | Стоны, ажитация, беспокойство | 2 |
| Отсутствует | Отсутствует | Отсутствует | 1 |

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов
с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» осуществляется по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

**2.24. Оплата случаев оказания медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями при введении лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования.**

В соответствии с Программой по КСГ st36.012 и ds36.006, а также по КСГ st19.090-st19.093 и ds19.063-ds19.066 «ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения» может осуществляться оплата случаев введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств).

**3. Условия оплаты скорой медицинской помощи.**

3.1. 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 Тарифному соглашению) 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»;

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

3.2. 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 Тарифному соглашению);

Ч – численность прикрепившихся застрахованных лиц к i-той медицинской организации на основе акта сверки численности на 1 число отчетного месяца между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями.

3.3. 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.

3.4. 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.

3.5. 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.

# **4. Дополнительные условия оплаты.**

4.1. Случаи амбулаторной медицинской помощи, сопровождающиеся 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).

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

4.3. 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.

4.4. 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 плановых объемов, установленных Комиссией, 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 плановых объемов, установленных Комиссией.

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 плановых объемов, установленных Комиссией.

4.5. 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.

**4.6. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП).**

В отдельных случаях при определении тарифа на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара к тарифам на законченные случаи, включенные в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (приложения 22 и 23 к Тарифному соглашению) применяются дополнительные коэффициенты сложности лечения пациента (далее – КСЛП) (приложение 24 к Тарифному соглашению).

КСЛП учитывают более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам, применяется на основании объективных критериев и отражается в реестрах счетов.

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном и дневном стационаре по КСГ с применением КСЛП (ССКСГКСЛП) определяется по следующей формуле:

ССКСГКСЛП=ССКСГ + КСЛПi, где:

ССКСГКСЛП - стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном (дневном) стационаре по КСГ с применением КСЛП;

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

КСЛПi – размер увеличения тарифа за счет применения i-го КСЛП (при необходимости, сумма применяемых КСЛПСУММ), рублей (приложение 24 к Тарифному соглашению).

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

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением 24 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

**4.7. Осуществление межучрежденческих взаиморасчетов на уровне страховых медицинских организаций.**

Порядок проведения межучрежденческих взаиморасчетов между медицинскими организациями (МО – заказчиком услуги и МО – исполнителем услуги), участвующими в реализации территориальной программы ОМС на территории Чувашской Республики, осуществляемый на уровне страховых медицинских организаций, установлен пунктом 2.2.11 к Тарифному соглашению.

Оплате по принципу межучрежденческих взаиморасчетов через страховые медицинские организации подлежат отдельные медицинские услуги, включенные в приложение 10 к Тарифному соглашению.

**4.7.1. Оплата** **лабораторных исследований,** проводимых в централизованных лабораториях на базе медицинских организаций, работающих в системе ОМС, производится в рамках межучрежденческих взаиморасчетов между медицинскими организациями в соответствии с Тарифами (приложение 10 к Тарифному соглашению) с применением одновременного сочетания флагов «ЦЛ» (централизованная лаборатория) и «ВЗР» (межучрежденческие взаиморасчеты), при условии наличия соответствующего направления, выписанного МО – заказчиком услуги.

Пункты 4.1., 4.2. и 4.3. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

**4.7.2. Оплата** отдельных диагностических услуг в рамках межучрежденческих взаиморасчетов между медицинскими организациями через страховые медицинские организации осуществляется при условии наличия соответствующего направления, выписанного МО – заказчиком услуги, в соответствии с тарифами, установленными в приложении 10 к Тарифному соглашению, с применением одновременного сочетания флагов «ДУ» и «ВЗР».

Пункты 4.1., 4.2. и 4.3. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

**4.7.3. 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.**

В соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Минздрава России, оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется с использованием подсистемы «Телемедицинские консультации» Республиканской медицинской информационной системы. Регламент взаимодействия медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий с использованием подсистемы «Телемедицинские консультации» Республиканской медицинской информационной системы, а также Регламент обеспечения доступа медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Чувашской Республики, к подсистеме «Телемедицинские консультации» Республиканской медицинской информационной системы, утверждаются приказом Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

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 между медицинскими организациями на уровне страховых медицинских организаций в соответствии с тарифами, установленными в приложении 10 к Тарифному соглашению, при условии наличия соответствующего направления, выписанного МО – заказчиком услуги. Условия межучрежденческого взаиморасчета предусматривают оплату следующих услуг телемедицинского консультирования при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой:

- А13.29.009.001 «Экспертное консультирование с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, выполненное одним врачом» с применением одновременного сочетания флагов «ЭТМК» и «ВЗР»; (с изм. от 01.03.2023, от 28.04.2023)

- А13.29.009.002 «Экспертное консультирование с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, выполненное консилиумом врачей» с применением одновременного сочетания флагов «ЭТМК» и «ВЗР». (с изм. от 01.03.2023, от 28.04.2023)

Пункты 4.1., 4.2. и 4.3. настоящего приложения к Тарифному соглашению к вышеуказанным случаям оказания медицинской помощи не применяются.

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

(исключено решением Комиссии от 11.05.2023)

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

(исключено решением Комиссии от 11.05.2023)

 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

 **(с изм. от 02.06.2023, от 28.07.2023, от 31.08.2023,**

 **от 20.12.2023)**

**Порядок осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям, оплата амбулаторной помощи которым производится 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 медицинским организациям в случае достижения ими целевых значений показателей результативности деятельности являются средства ОМС, направляемые на подушевое финансирование амбулаторной медицинской помощи на прикрепившихся лиц.

Доля премиальной (стимулирующей) части средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 3,3% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, установленного в пункте 3.5. Тарифного соглашения (ОСРД год), (далее – годовой премиальный фонд).

ОСРД год = ПНБАЗ × 3,3%× ЧЗ, где:

ОСРДгод – годовой объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

ЧЗ - общая численность застрахованных лиц по состоянию на 01.11.2023,человек.

Годовой премиальный фонд на 2023 год (с учетом округления значений до двух знаков после запятой) составляет 71 700 010,88 рублей.

3. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией по итогам квартала (нарастающим итогом) и доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом, посредством размещения на официальном сайте Территориального фонда ОМС (приложение 5.2 к Условиям оплаты).

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности проводится по итогам года.

В соответствии с Методическими рекомендации по способам оплаты, начиная со второго квартала 2023 года, устанавливаются следующие периоды для проведения ежеквартального мониторинга достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций:

|  |  |
| --- | --- |
| **Отчётный период в 2023 году** | **Сведения об оказанной медицинской помощи за период** |
| I-II квартал ( I полугодие) | декабрь 2022-май 2023 года |
| I-III квартал (9 месяцев) |  декабрь 2022 - август 2023 года |
| I-IV квартал (год) | декабрь 2022 - ноябрь 2023 года |

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за ноябрь.

Плановые значения показателей на отчетный период устанавливаются решением Комиссии по предложению, представленному Министерством здравоохранения Чувашской Республики.

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, в течение 20 рабочих дней месяца, следующего за отчетным периодом.

Размеры премиальных выплат в разрезе медицинских организаций выносятся на рассмотрение Комиссии и 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 не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

5. В соответствии с Методическими рекомендации по способам оплаты показатели результативности деятельности разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

Рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен приложении 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению).

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется число баллов в диапазоне от 0 до максимального количества баллов в соответствии с приложением 5 к Условиям оплаты.

Также методикой расчета предусмотрена максимально возможная сумма баллов в целом по блоку показателей, которая составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1;

- 7 баллов для показателей блока 2;

- 6 баллов для показателей блока 3.

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

С учетом особенностей оказания амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, определены показатели результативности (приложение 5.1 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению)).

7. Размер премиальных (стимулирующих) выплат в разрезе медицинских организаций определяется согласно следующему алгоритму:

а) Определяется фактическое значение достижения каждого из показателей результативности деятельности, включенного в соответствующий блок, отдельно по каждой медицинской организации с учетом достижения значения.

Достижение планового показателя рассчитывается как отношение фактически достигнутого значения показателя за рассматриваемый период к целевому (плановому) значению показателя:

Прирост показателя за отчетный период по отношению к показателю за предыдущий период рассчитывается как отношение фактически достигнутого значения показателя за рассматриваемый период к значению показателя за аналогичный период предыдущего года по следующей формуле:

При вычислении прироста применяются следующие правила:

- если значение показателя аналогичного периода прошлого года равно нулю, а факт текущего периода не равен нулю, то значение прироста указывается «100%»;

- если показатель аналогичного периода прошлого года и факт текущего периода равны нулю, то значение прироста указывается «0%».

В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, а также согласно письму Федерального фонда ОМС от 29.05.2023 №00-10-26-2-06/8046 при начислении баллов учитывается следующее:

1) выполнение критерия «В текущем периоде достигнуто максимально возможное значение показателя» возможно в случае, когда в текущем периоде значение показателя достигло «100%» (для показателя № 7 «Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период» - «100»), при этом медицинской организации присваивается соответствующее количество баллов согласно приложению 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению);

2) выполнение критерия «В текущем периоде достигнуто минимально возможное значение показателя» возможно в случае, когда в текущем периоде значение показателя достигло «0%» (для показателя № 8 «Число взрослых с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период» - «0»), при этом медицинской организации присваивается соответствующее количество баллов согласно приложению 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению);

3) критерий «Значение показателя в текущем периоде выше среднего значения по субъекту Российской Федерации» считается достигнутым в случае, если значение показателя по медицинской организации в текущем периоде выше среднего значения по субъекту Российской Федерации, при этом медицинской организации присваивается соответствующее количество баллов согласно приложению 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению);

4) критерий «Значение показателя в текущем периоде ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации» считается достигнутым в случае, если значение показателя по медицинской организации в текущем периоде ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации, при этом медицинской организации присваивается соответствующее количество баллов согласно приложению 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению);

5) в случае, если в соответствии с приложением 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению) медицинской организации могут быть начислены баллы по двум основаниям (например, «Прирост ≥ 5 % – 1 балл» и «Максимально возможное значение – 2 балла»), медицинской организации начисляется наибольшее из начисленного баллов (в указанном примере – 2 балла);

6) среднее значение, используемое при определении количества баллов по критериям «Значение показателя в текущем периоде выше/ниже среднего значения по субъекту Российской Федерации», рассчитывается по медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, путем деления суммы значений, указанных в числителе формул, приведенных в приложении 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению), на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул;

7) если при расчете показателя результативности по медицинской организации за текущий период значение, указанное в знаменателе формул, приведенных в приложении 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению), равно нулю, то баллы по соответствующему показателю не начисляются, а данный показатель исключается из числа показателей результативности, применяемых при оценке уровня достижения показателей результативности для вышеуказанной медицинской организации за отчетный период;

8) если при расчете показателя результативности по медицинской организации за аналогичный период прошлого года значение, указанное в знаменателе формул, приведенных в приложении 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению), равно нулю, то значение показателя за аналогичный период прошлого года принимается равным «0», баллы по показателю начисляются в соответствии с действующей методикой.

б) Производится оценка уровня достижения каждого показателя результативности по балльной системе исходя из параметров оценки, установленных в приложении 5 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению).

в) Определяется суммарное фактическое количество набранных баллов по оцениваемым показателям результативности для каждой медицинской организации:

, где:

Б*i*факт – суммарное фактическое количество набранных баллов по оцениваемым индикаторам для i-ой медицинской организации.

Б1факт, Б2факт …Б*n*факт - фактическое количество набранных баллов по оцениваемому целевому показателю результативности.

г) Определяется значение достижения показателей результативности по каждой медицинской организации (ДПР*i*) путем деления фактического количества набранных баллов к максимально возможной сумме баллов (Бi*MAX*), установленной для соответствующей медицинской организации согласно приложению 5.1.

д) С учетом достижения показателей результативности медицинские организации распределяются на три группы:

I – выполнившие менее 40 процентов;

II – от 40 процентов (включительно) до 60 процентов;

III – от 60 (включительно) процентов.

В случае, когда согласно абзацу шестнадцатому подпункта «а» пункта 7 настоящего приложения один или несколько показателей результативности неприменимы для соответствующей медицинской организации в отчетном периоде, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации рассчитываются без учета данных показателей.

е) Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности (ОС***j***РД), складывается из двух частей:

**1 часть** - распределение 70 процентов от установленного на соответствующий период объема средств между медицинскими организациями II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

,

где:

 - объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

 - совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

 численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период:

, где:

 - cредняя численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации в j-м периоде, человек;

 - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца j-го периода, человек;

 - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца j-го периода, человек;

 - численность прикрепленного населения к i-той медицинской организации по состоянию на 1 число *n*-ого месяца j-го периода, человек.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности (), рассчитывается следующим образом:

, где

- средняя численность прикрепленного населения в j-м периоде
к i-той медицинской организации II и III групп.

**2 часть** - распределение 30 процентов от установленного на соответствующий период объема средств между медицинскими организациями III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

,

где:

 объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

 совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

 количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию
III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций (), рассчитывается следующим образом:

где:

количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией

 III группы.

ж) размер средств по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности за отчетный период (**ОС РД *i**j***), определяется по следующей формуле:

1) для МО II группы:

**ОС РД *i* (2) *j*** = ОСРД(нас)*i**j* ;

2) для МО III группы:

**ОС РД *i* (3) *j*** = ОСРД(нас)*i**j* + ОСРД(балл)i *j*

Для медицинских организаций I группы за j-тый период общий объем средств по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности равняется нулю.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

8. Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно), оказанных в рамках подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Оценка снижения показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также оценка процента фактического выполнения установленных на отчетный период решением Комиссии плановых объемов медицинской помощи (далее – второй этап оценки) проводится согласно следующему алгоритму:

8.1. Порядок расчета показателей второго этапа оценки, а также начисление баллов при достижении соответствующих показателей:

а) показатель «Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период (за исключением смертности от внешних причин)» рассчитывается по следующей формуле:

 где:

Dth j 30-69 – смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за j период;

D j 30-69 – число умерших в возрасте от 30 до 69 лет из числа прикрепленного населения за j период (за исключением умерших от внешних причин смерти);

Nas j 30-69 – численность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за j период.

Показатель рассчитывается на 1000 прикрепленного населения, источником информации является региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: дата рождения; дата смерти, прикрепление к медицинской организации). Предположительным результатом является уменьшение показателя за оцениваемый период по отношению к показателю в предыдущем периоде, которое определяется как среднее значение коэффициента смертности за аналогичный период 2020, 2021, 2022 годов.

Для показателя «Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период (за исключением смертности от внешних причин)» начисление баллов производится следующим образом:

- увеличение показателя – 0 баллов;

- уменьшение показателя – 1 балл.

б) показатель «Смертность детей в возрасте 0-17 лет за период (за исключением смертности от внешних причин)» рассчитывается по формуле:

 где:

Dth j 0-17 – смертность детей в возрасте 0-17 лет за j период в медицинских организациях, имеющих прикрепленное население;

D j 0-17 – число умерших детей в возрасте 0-17 лет включительно среди прикрепленного населения за j период (за исключением умерших от внешних причин смерти);

Nas j 0-17 – численность прикрепленного населения детей в возрасте 0-17 лет включительно за j период.

Показатель рассчитывается на 100 тыс. прикрепленного детского населения, источником информации является региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (поля: дата рождения; дата смерти, прикрепление к медицинской организации). Предположительным результатом является уменьшение показателя за оцениваемый период по отношению к показателю в предыдущем периоде, которое определяется как среднее значение коэффициента смертности за аналогичный период 2020, 2021, 2022 годов.

Для показателя «Смертность детей в возрасте 0-17 лет за период (за исключением смертности от внешних причин)» начисление баллов производится следующим образом:

- увеличение показателя – 0 баллов;

- уменьшение показателя – 1 балл.

В случае, когда по медицинской организации значения показателей смертности прикрепленного населения (взрослого или детского) за оцениваемый период и в предыдущем периоде равны нулю, данный показатель исключается из оценки.

в) показатель «Выполнение установленных на отчетный период решением Комиссии плановых объемов медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно)» (ВОj) формируется территориальным фондом на основании реестров счетов оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

Начисление баллов по вышеуказанному показателю производится согласно представленной ниже таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Выполнение медицинской организацией планового установленного объема медицинской помощи, %** | **Число баллов** |
| 1. | > 90% | 2 |
| 2. | > 80 % < 90% | 1,7 |
| 3. | > 75 % < 80% | 1,5 |
| 4. | < 75% | 1 |

В рамках проведения второго этапа оценки фактически сложившаяся сумма баллов по трём показателям для i-ой медицинской организации (ФБОi) определяется по следующей формуле:

8.2. По итогам проведенного второго этапа оценки рассчитывается процент достижения показателей оценки по следующей формуле:

 ,

где:

ПО i - процент достижения показателей оценки для i-ой медицинской организации;

ФБОi - фактически сложившаяся сумма баллов по показателям оценки для i-ой медицинской организации;

 БОi max - максимально возможная сумма баллов по показателям оценки, установленная для i-ой медицинской организации (приложение 5.3 к Условиям оплаты (приложение 2 к Тарифному соглашению)).

8.3. В зависимости от процента достижения показателей оценки к размеру премиальных (стимулирующих) выплат для медицинских организаций II группы (**ОС РД *i* (2) *j)*** и III группы (**ОС РД *i* (3) *j*)** применяются понижающие коэффициенты (Кпн) согласно представленной ниже таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Процент достижения показателей оценки** **(ПО i)**  | **Значение понижающего коэффициента (Кпн)** |
| 1. | 100 % | 1,00 |
| 2. | > 90 % < 100% | 0,99 |
| 3. | > 65 % < 90% | 0,98 |
| 4. | > 35 % < 65% | 0,97 |
| 5. | < 35% | 0,95 |

Сумма, высвободившаяся из годового премиального фонда в результате применения понижающих коэффициентов **(Кпн)**, распределяется между медицинскими организациями пропорционально суммам средств, сформированным по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности за отчетный период с учетом примененных понижающих коэффициентов.

9. Объем премиальных выплат по итогам достижения показателей результативности за период с 01.12.2022 по 30.11.2023 доводится до медицинских организаций на основании предъявленных счетов по форме и в сроки, утвержденные Регламентом взаимодействия участников ОМС, в составе объема подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи за ноябрь 2023 года с учетом численности лиц, застрахованных в Чувашской Республике страховой компанией АО «Чувашская МСК», и прикрепленных к медицинским организациям по состоянию на 01.11.2023, в соответствии с приложением 17.1 к Тарифному соглашению.

10. Медицинским организациям необходимо предусмотреть коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение показателей результативности деятельности.

Приложение 5

к условиям оплаты медицинской помощи

(с изм. от 02.06.2023)

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

Приложение 5.1.

 к условиям оплаты медицинской помощи

 (с изм. от 02.06.2023, от 13.10.2023)

Перечень показателей результативности деятельности для медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении территориальной программы обязательного медицинского страхования в части первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи, а также максимально возможная сумма баллов при достижении целевых значений каждого из показателей.

Приложение 5.2.

 к условиям оплаты медицинской помощи

(с изм. от 02.06.2023, от 13.10.2023)

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности в разрезе медицинских организаций.

Приложение 5.3.

 к условиям оплаты медицинской помощи

(с изм. от 02.06.2023, от 13.10.2023)

Максимальное число баллов, применяемое в оценке показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения установленных на отчетный период решением Комиссии плановых объемов медицинской помощи.

Приложение 6

к условиям оплаты медицинской помощи

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

Приложение 7

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)