

**Алгоритм, применяемый при всех условиях оказания
медицинской помощи (заболевания, не входящие в программу
ОМС и заболевания, в зависимости от пола**

1. Перечень заболеваний и отдельных состояний по МКБ-10, не входящих в программу обязательного медицинского страхования:

A50 - A 64; A15 - A 19; F00 - F 99; B20 - B24; Z00.4; Z02.1; Z02.4; Z02.6; Z02.5 у лиц старше 18 лет; Z 02.8; Z02.9; Z03.0; Z04.0; Z04.6; Z10.0; Z10.2; Z10.3; Z11.1; Z11.3; Z11.4; Z13.3; Z20; Z21; Z22.4; Z 41; Z50.2; Z50.3; Z50.4; Z51.9; Z51.5; Z52; Z 53.2; Z55; Z56; Z59; Z60; Z61; Z62; Z63; Z65.0-Z65.3; Z70, Z71.9; Z72.5; Z72.6; Z72.8; Z72.9; Z74; Z75; Z76.3; Z76.5; Z76.8; Z76.9; R44.0; R75, R78.0-R78.5.

Группа диагнозов Z72.0; Z72.1; Z72.2 – возможно применение по итогам проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения;

2. Диагноз не соответствует полу – данная проверка должна осуществляться при всех проверках МЭК

Список МКБ, используемых исключительно у лиц мужского пола:

B26.0;C60;C60.0;C60.1;C60.2;C60.8;C60.9;C61;C62;C62.0;C62.1;C62.9;C63;D07.4;D07.5;D07.6;D17.6;D29.0;D29.1;D29.2;D29.3;D29.4;D29.7;D29.9;D40.0;D40.1;D40.7;D40.9;E29.0;E29.1;E29.8;E29.9;E89.5;F52.4;I86.1;N40;N41;N41.0;N41.1;N41.2;N41.3;N41.8;N41.9;N42;N42.0;N42.1;N42.2;N42.3;N42.8;N42.9;N43;N43.0;N43.1;N43.2;N43.3;N43.4;N44;N45;N45.0;N45.9;N46;N47;N48;N48.0;N48.1;N48.2;N48.3;N48.4;N48.5;N48.6;N48.8;N48.9;N49;N49.0;N49.1;N49.2;N49.8;N49.9;N50;N50.0;N50.1;N50.8;N50.9;N51;Q53;Q53.0;Q53.1;Q53.2;Q53.9;Q54;Q54.0;Q54.1;Q54.2;Q54.3;Q54.4;Q54.8;Q54.9;Q55;S31.2;S31.3;Z12.5.

Список МКБ, используемых исключительно у лиц женского пола:

A34;B37.3;C51;C51.0;C51.1;C51.2;C51.8;C51.9;C52;C53;C53.0;C53.1;C53.8;C53.9;C54;C54.0;C54.1;C54.2;C54.3;C54.8;C54.9;C55;C56;C57;C57.0;C57.1;C57.2;C57.3;C57.4;C57.7;C57.8;C57.9;C58;C79.6;D06;D06.0;D06.1;D06.7;D06.9;D07;D07.0;D25;D25.0;D25.1;D25.2;D25.9;D26;D26.0;D26.1;D26.7;D26.9;D27;D28;E28.0;E28.1;E28.2;E28.3;E28.8;E28.9;E89.4;I86.3;L29.2;L70.5;M80.0;M80.1;M81.0;M81.1;M83.0;N70;N70.0;N70.1;N70.9;N71;N71.0;N71.1;N71.9;N72;N73;N73.0;N73.1;N73.2;N73.3;N73.4;N73.5;N73.6;N73.8;N73.9;N74;N74.0;N74.1;N74.2;N74.3;N74.4;N74.8;N75;N75.0;N75.1;N75.8;N75.9;N76;N76.0;N76.1;N76.2;N76.3;N76.4;N76.5;N76.6;N76.8;N77;N77.0;N77.1;N77.8;N80;N80.0;N80.1;N80.2;N80.3;N80.4;N80.5;N80.6;N80.8;N80.9;N81;N81.0;N81.1;N81.2;N81.3;N81.4;N81.5;N81.6;N81.8;N81.9;N82;N82.0;N82.1;N82.2;N82.3;N82.4;N82.5;N82.8;N82.9;N83;N83.0;N83.1;N83.2;N83.3;N83.4;N83.5;N83.6;N83.7;N83.8;N83.9;N84;N84.0;N84.1;N84.2;N84.3;N84.8;N84.9;N85;N85.0;N85.1;N85.2;N85.3;N85.4;N85.5;N85.6;N85.7;N85.8;N85.9;N86;N87;N87.0;N87.1;N87.2;N87.9;N88;N88.0;N88.1;N88.2;N88.3;N88.4;N88.8;N88.9;N89;N89.0;N89.1;N89.2;N89.3;N89.4;N89.5;N89.6;N89.7;N89.8;N89.9;N90;N90.0;N90.1;N90.2;N90.3;N90.4;N90.5;N90.6;N90.7;N90.8;N90.9;N91;N91.0;N91.1;N91.2;N91.3;N91.4;N91.5;N92;N92.0;N92.1;N92.2;N92.3;N92.4;N92.5;N92.6;N93;

N93.0;N93.8;N93.9;N94;N94.0;N94.1;N94.2;N94.3;N94.4;N94.5;N94.6;N94.8;N94.
 9;N95;N95.0;N95.1;N95.2;N95.3;N95.8;N95.9;N96;N97;N97.0;N97.1;N97.2;N97.3;
 N97.4;N97.8;N97.9;N98;N99.2;N99.3;O00;O00.0;O00.1;O00.2;O00.8;O00.9;O01;O
 01.0;O01.1;O01.9;O02;O02.0;O02.1;O02.8;O02.9;O03;O03.0;O03.1;O03.2;O03.3;O
 03.4;O03.5;O03.6;O03.7;O03.8;O03.9;O04;O04.0;O04.1;O04.2;O04.3;O04.4;O04.5;
 O04.6;O04.7;O04.8;O04.9;O05;O05.0;O05.1;O05.2;O05.3;O05.4;O05.5;O05.6;O05.
 7;O05.8;O05.9;O06;O06.0;O06.1;O06.2;O06.3;O06.4;O06.5;O06.6;O06.7;O06.8;O0
 6.9;O07;O07.0;O07.1;O07.2;O07.3;O07.4;O07.5;O07.6;O07.7;O07.8;O07.9;O08;O0
 8.0;O08.1;O08.2;O08.3;O08.4;O08.5;O08.6;O08.7;O08.8;O08.9;O10;O10.0;O10.1;
 O10.2;O10.3;O10.4;O10.9;O11;O12;O12.0;O12.1;O12.2;O13;O14;O14.0;O14.1;O1
 4.9;O15;O15.0;O15.1;O15.2;O15.9;O16;O20;O20.0;O20.8;O20.9;O21;O21.0;O21.1;
 O21.2;O21.8;O21.9;O22;O22.0;O22.1;O22.2;O22.3;O22.4;O22.5;O22.8;O22.9;O23;
 O23.0;O23.1;O23.2;O23.3;O23.4;O23.5;O23.9;O24;O24.0;O24.1;O24.2;O24.3;O24.
 4;O24.9;O25;O26;O26.0;O26.1;O26.2;O26.3;O26.4;O26.5;O26.6;O26.7;O26.8;O26.
 9;O28;O28.0;O28.1;O28.2;O28.3;O28.4;O28.5;O28.8;O28.9;O29;O29.0;O29.1;O29.
 2;O29.3;O29.4;O29.5;O29.6;O29.8;O29.9;O30;O30.0;O30.1;O30.2;O30.8;O30.9;O3
 1;O31.0;O31.1;O31.2;O31.8;O32;O32.0;O32.1;O32.2;O32.3;O32.4;O32.5;O32.6;O3
 2.8;O32.9;O33;O33.0;O33.1;O33.2;O33.3;O33.4;O33.5;O33.6;O33.7;O33.8;O33.9;
 O34;O34.0;O34.1;O34.2;O34.3;O34.4;O34.5;O34.6;O34.7;O34.8;O34.9;O35;O35.0;
 O35.1;O35.2;O35.3;O35.4;O35.5;O35.6;O35.7;O35.8;O35.9;O36;O36.0;O36.1;O36.
 2;O36.3;O36.4;O36.5;O36.6;O36.7;O36.8;O36.9;O40;O41;O41.0;O41.1;O41.8;O41.
 9;O42;O42.0;O42.1;O42.2;O42.9;O43;O43.0;O43.1;O43.2;O43.8;O43.9;O44;O44.0;
 O44.1;O45;O45.0;O45.8;O45.9;O46;O46.0;O46.8;O46.9;O47;O47.0;O47.1;O47.9;O
 48;O60;O60.0;O60.1;O60.2;O60.3;O61;O61.0;O61.1;O61.8;O61.9;O62;O62.0;O62.
 1;O62.2;O62.3;O62.4;O62.8;O62.9;O63;O63.0;O63.1;O63.2;O63.9;O64;O64.0;O64.
 1;O64.2;O64.3;O64.4;O64.5;O64.8;O64.9;O65;O65.0;O65.1;O65.2;O65.3;O65.4;O6
 5.5;O65.8;O65.9;O66;O66.0;O66.1;O66.2;O66.3;O66.4;O66.5;O66.8;O66.9;O67;O6
 7.0;O67.8;O67.9;O68;O68.0;O68.1;O68.2;O68.3;O68.8;O68.9;O69;O69.0;O69.1;O6
 9.2;O69.3;O69.4;O69.5;O69.8;O69.9;O70;O70.0;O70.1;O70.2;O70.3;O70.9;O71;O7
 1.0;O71.1;O71.2;O71.3;O71.4;O71.5;O71.6;O71.7;O71.8;O71.9;O72;O72.0;O72.1;
 O72.2;O72.3;O73;O73.0;O73.1;O74;O74.0;O74.1;O74.2;O74.3;O74.4;O74.5;O74.6;
 O74.7;O74.8;O74.9;O75;O75.0;O75.1;O75.2;O75.3;O75.4;O75.5;O75.6;O75.7;O75.
 8;O75.9;O80;O80.0;O80.1;O80.8;O80.9;O81;O81.0;O81.1;O81.2;O81.3;O81.4;O81.
 5;O82;O82.0;O82.1;O82.2;O82.8;O82.9;O83;O83.0;O83.1;O83.2;O83.3;O83.4;O83.
 8;O83.9;O84;O84.0;O84.1;O84.2;O84.8;O84.9;O85;O86;O86.0;O86.1;O86.2;O86.3;
 O86.4;O86.8;O87;O87.0;O87.1;O87.2;O87.3;O87.8;O87.9;O88;O88.0;O88.1;O88.2;
 O88.3;O88.8;O89;O89.0;O89.1;O89.2;O89.3;O89.4;O89.5;O89.6;O89.8;O89.9;O90;
 O90.0;O90.1;O90.2;O90.3;O90.4;O90.5;O90.8;O90.9;O91;O91.0;O91.1;O91.2;O92;
 O92.0;O92.1;O92.2;O92.3;O92.4;O92.5;O92.6;O92.7;O94;O95;O96;O96.0;O96.1;O
 96.9;O97;O97.0;O97.1;O97.9;O98;O98.0;O98.1;O98.2;O98.3;O98.4;O98.5;O98.6;O
 98.7;O98.8;O98.9;O99;P54.6;Q50;Q50.0;Q50.1;Q50.2;Q50.3;Q50.4;Q50.5;Q50.6;Q
 51;Q51.0;Q51.1;Q51.2;Q51.3;Q51.4;Q51.5;Q51.6;Q51.7;Q51.8;Q51.9;Q52;R87;S31
 .4;S37.4;S37.40;S37.41;S37.5;S37.50;S37.51;S37.6;T19.2;T83.3;Y76.0;Y76.1;Y76.2
 ;Y76.3;Y76.8;Z01.4;Z12.4;Z30.1;Z30.3;Z30.5;Z31.1;Z31.2;Z31.3;Z31.6;Z32;Z32.0;
 Z32.1;Z33;Z34;Z34.0;Z34.8;Z34.9;Z35;Z35.0;Z35.1;Z35.2;Z35.3;Z35.4;Z35.5;Z35.6
 ;Z35.7;Z35.8;Z35.9;Z36;Z39;Z43.7;Z87.5;Z97.5.

Не подлежат оплате случаи оказания медицинской помощи после официально установленной даты смерти.

Не подлежат оплате случаи оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности согласно постановления правительства РФ от 01.07.2021 №852, отсутствующей в действующей лицензии медицинской организации.

МЭК по амбулаторно-поликлинической помощи

Ограничение отдельных МКБ по возрасту: *данная проверка действует для счетов по межтерриториальным взаиморасчетам.* Для внутриобластных счетов данная проверка не проводится:-

Z00.1 – применяется у детей в возрасте от 0 до 3 лет;

Z00.2 – применяется у детей в возрасте от 3 лет до 14 лет;

Z00.3 – применяется у детей в возрасте от 15 до 17 лет;

Z00.8 – возраст пациента 18 лет и старше.

Обращение по заболеванию (метод оплаты 1 / 10.4)

применяется при кратности посещений в обращении 2 и более, форма помощи = плановая

Разовое обращение по заболеванию (метод оплаты 1.1. /10.3.)

применяется при кратности посещений 1, форма помощи = плановая.

Посещение с консультативной целью (метод оплаты 1.2)

ГАУЗ «ООКБ», ГАУЗ «ООКБ №2», ГАУЗ «ОДКБ», ГБУЗ «ООКОД», ГАУЗ «ДГБ» г. Орск, ГБУЗ «ББСМП», ГБУЗ «ООКПГВВ»

наряду с приемом врача-специалиста обязательно наличия как минимум одного параклинического исследования (за исключением диагностических исследований, проводимых амбулаторно и выведенных из подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи) и/или консультации врача другой специальности.

Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями

тарифы на комплексное посещение при диспансерном наблюдении пациентов с хроническими заболеваниями учитывают все диагностические исследования, предусмотренные Приказом МЗ РФ от 15.03.2022г. N 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми" (далее – Приказ №168), за исключением исследований, тарифицированных отдельно и оплачиваемых в рамках установленных объемов на их проведение.

Случаи диспансерного наблюдения с методом оплаты 8.2.2, 8.2.3, 8.2.9-8.2.12

могут предъявляться на оплату только врачом-кардиологом.

Кратность осмотра в рамках диспансерного наблюдения пациентов

Метод оплаты	Коды МКБ	Тариф, рублей	Кратность осмотра в год	Интервал между случаями диспансерного наблюдения:
8.1.1	I10-I15	1050,53	1	
8.1.2	I20-I25, Z95.1, Z95.5	1340,21	2	не менее 5 месяцев
8.1.3	I44-I49, Z95.0	1433,75	2	не менее 5 месяцев
8.1.4	I50	1802,68	2	не менее 5 месяцев
8.1.5	I65.2	546,91	2	не менее 5 месяцев
8.1.6	E78	596,8	1	
8.1.7	R73.0, R73.9	464,62	1	
8.1.8	E11	727,95	4	не менее 2 месяцев
8.1.9	I69.0-I69.4, I67.8	961,08	4	не менее 2 месяцев
8.1.10	K20	416,35	2	не менее 5 месяцев
8.1.11	K21.0	416,35	2	не менее 5 месяцев
8.1.12	K25	416,35	2	не менее 5 месяцев
8.1.13	K26	416,35	1	
8.1.14	K31.7	416,35	1	
8.1.15	K86	981,41	2	не менее 5 месяцев
8.1.16	J41.0, J41.1, J41.8	416,35	1	
8.1.17	J44.0, J44.8, J44.9	914,48	3	не менее 3 месяцев
8.1.18	J47.0	914,48	3	не менее 3 месяцев
8.1.19	J45.0, J45.1, J45.8, J45.9	914,48	3	не менее 3 месяцев
8.1.20	J12, J13, J14	416,35	1	
8.1.21	J84.1	914,48	1	
8.1.22	N18.1	566,66	4	не менее 2 месяцев
8.1.23	N18.9	436,1	1	
8.1.24	M81.5	2791,53	1	
8.1.25	K29.4, K29.5	416,35	1	
8.1.26	D12.6	416,35	1	
8.1.27	K31.7	416,35	1	
8.1.28	D12.8, K62.1	416,35	4	не менее 2 месяцев
8.1.29	K50, K51	416,35	1	
8.1.30	K22.0, K22.2	416,35	1	
8.1.31	K22.7	416,35	1	
8.1.32	K70.3, K74.3-K74.6	786,36	3	не менее 3 месяцев
8.1.33	D13.4	786,36	2	не менее 5 месяцев
8.1.34	D37.6	528,52	1	
8.2.1	I05-I09, I34-I37, I51.0-I51.2, I71, Z95.2-Z95.4, Z95.8, Z95.9	1246,94	2	не менее 5 месяцев
8.2.2	I10-I15	1296,02	2	не менее 5 месяцев
8.2.3	I20-I25, Z95.1,	1595,58	2	не менее 5 месяцев

	Z95.5			
8.2.4	I26	927,25	4	не менее 2 месяцев
8.2.5	I27.0, I28, I27.2, I27.8	1900,7	2	не менее 5 месяцев
8.2.6	I33, I38-I39	1598,6	2	не менее 5 месяцев
8.2.7	I40, I41, I51.4	1333,18	2	не менее 5 месяцев
8.2.8	I42	1745,62	2	не менее 5 месяцев
8.2.9	I44-I49, Z95.0	2050,08	2	не менее 5 месяцев
8.2.10	I50	2266,24	2	не менее 5 месяцев
8.2.11	I65.2	1026,39	2	не менее 5 месяцев
8.2.12	E78	1026,39	2	не менее 5 месяцев
8.2.13	Q20-Q28	416,35	1	
8.3.1	B18.0-B18.2	861,15	2	не менее 5 месяцев
8.3.3	E34.8, D13.7, D35.0-D35.2, D35.8	6334,1	1	
8.3.4	D44.8, D35.0, D35.1, D35.8	7231,63	2	не менее 5 месяцев
8.3.5	E34.5	1708,85	1	
8.3.6	E22.0	1639,07	1	
8.3.7	E04.1-E04.2, E05.1-E05.2	1934,43	1	
8.3.8	D35.1, E21.0	3173,67	1	
8.3.9	D35.0	3453,65	2	не менее 5 месяцев
8.3.10	Q85.1	416,35	1	
8.3.11	D11	1369,15	1	
8.3.12	Q78.1	2631,85	1	
8.3.13	D30.3	1114,17	1	
8.3.14	D30.4	1068,08	1	
8.3.15	N48.0	732,85	1	
8.3.16	D41.0	744,83	1	
8.3.17	D30.0	744,83	1	
8.3.18	D29.1	1012,13	1	
8.3.19	M96	576,26	2	не менее 5 месяцев
8.3.20	M88	1019,36	1	
8.3.21	D16	2791,76	1	
8.3.22	M85	576,26	1	
8.3.23	Q78,4	576,26	1	
8.3.24	D31, D23.1	591,9	2	не менее 5 месяцев
8.3.25	J38.1	416,35	1	
8.3.26	D14.1	416,35	1	
8.3.27	D14.2	416,35	1	
8.3.28	D14.0	416,35	1	
8.3.29	J33	416,35	2	не менее 5 месяцев
8.3.30	D14	2069,16	1	
8.3.31	D10.4, D10.5, D10.6, D10.7, D10.9	416,35	1	
8.3.32	J37	416,35	1	
8.3.33	J31	416,35	1	

8.3.40	D22	2830,69	1	
8.3.41	Q82.5	2830,69	1	
8.3.42	D23	2830,69	1	
8.3.43	L57.1	2830,69	1	
8.3.44	L82	2830,69	2	не менее 5 месяцев
8.3.45	Q82.1	2830,69	4	не менее 2 месяцев
8.3.46	N84	767,45	2	не менее 5 месяцев
8.3.47	E28.2	5498,83	1	
8.3.48	N88.0	532,65	1	
8.3.49	N85.0	1083,95	1	
8.3.50	N85.1	1083,95	2	не менее 5 месяцев
8.3.51	N87.1	532,65	2	не менее 5 месяцев
8.3.52	N87.2	532,65	2	не менее 5 месяцев
8.3.53	D39.1	6480,1	2	не менее 5 месяцев
8.3.54	D24	1522,47	1	
8.3.55	N60	951,49	1	

Тарифы «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях учитывают перечень, объем и кратность услуг, соответствующие Распоряжениям министерства здравоохранения Оренбургской области от 15.06.2022г. №1553 и от 06.07.2022г. № № 1726.

Количество дней в случае не менее 12

Количество случаев в течении 1 года не более 2 на одного пациента с одним заболеванием

Тариф «Гематология (диагностика гемобластозов)» применяется для возмещения медицинским организациям, имеющим лицензию по профилю «Гематология», затрат на современные методы диагностики злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, в том числе по кодам МКБ-10: C81-C96, включающие:

- исследование уровня парапротеинов в крови;
- исследование уровня парапротеинов в моче;
- цитогенетическое исследование костного мозга;
- иммунофенотипирование периферической крови при новообразованиях;
- определение посттрансплантационного химеризма.

Оказание неотложной помощи (метод оплаты 2.1. – в поликлинике и на дому; 2.2 – в приемном покое)

случаи оказания неотложной помощи проверяются на соответствие форме помощи, которая может иметь только экстренный или неотложный характер. Применение тарифа по вышеназванным методам при плановой форме помощи не допускается.

Не подлежат оплате случаи неотложной помощи в приемном отделении (метод оплаты 2.2) медицинской организации, в которую пациент в этот день был госпитализирован.

Случаи оказания неотложной помощи в поликлинике и госпитализации пациента в стационар в этот день подлежат оплате по общим правилам

возможности пересечения поликлинических посещений со стационарным лечением.

Случай оказания неотложной помощи состоит из одного посещения, диагноз не может быть из группы Z по МКБ-10.

В случае оказания неотложной помощи в условиях поликлиники и дальнейшего продолжения лечения в условиях поликлиники, обращение по заболеванию оформляется при последующих посещениях.

Не подлежит оплате случай неотложной помощи в условиях поликлиники в один день с обращением и/или посещением по одному блоку заболеваний в одной медицинской организации.

Не подлежат оплате два случая по неотложной помощи в один день у одного специалиста в одной МО (метод оплаты = 2.1/.2.2.).

Не подлежат оплате два случая по неотложной помощи у разных специалистов по одному блоку МКБ (метод оплаты = 2.1/.2.2.).

Посещение с профилактической целью (метод оплаты 3)

посещение с целью профилактики, в том числе диспансерное наблюдение по заболеванию, которое идентифицируется по коду цели посещения – 1.3., может состоять из посещений к нескольким специалистам.

Наблюдение беременных женщин (метод оплаты 3.3.1, 3.3.2.)

Тариф законченного случая наблюдения женщин в период беременности включает в себя осмотры врачами: акушером-гинекологом (в среднем 12, но не менее 5 раз), терапевтом (не менее 2 раз), офтальмологом (не менее 1 раза), стоматологом (не менее 1 раза). Оплата законченного случая производится поэтапно (ежемесячно) в размере:

- тарифа первого этапа:
- одной шестой от утвержденного тарифа на последующие этапы.

Общее количество этапов для целей оплаты не должно превышать семи.

В период диспансерного наблюдения за беременными возможно выставление на оплату обращения по заболеванию или разового посещения по заболеванию у акушера-гинеколога только при следующих МКБ: N75, N83, N84, D25-D28. Не оплачиваются посещения к стоматологу женщин в период беременности, содержащие профилактический осмотр (КСГ t009). Профилактический осмотр у стоматолога включены в тариф «наблюдение беременных женщин».

Оплата заместительной почечной терапии

Оплата заместительной почечной терапии методом гемодиализа в амбулаторных условиях осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период(ы) в рамках календарного месяца) по тарифу, рассчитанному с учетом количества сеансов за период

лечения, и утвержденной Соглашением стоимости сеанса и средней стоимости (тарифа) транспортировки пациента к месту проведения диализа и обратно. Применение двух тарифов (за сеанс и транспортировку) одновременно является обязательным условием предъявления на оплату услуг гемодиализа.

Оплата заместительной почечной терапии методом перитонеального диализа в амбулаторных условиях осуществляется за законченный случай, которым является один календарный месяц (или период(ы) в рамках календарного месяца) по тарифу, рассчитанному с учетом количества дней обмена за период лечения, и утвержденной Соглашением стоимости дней обмена.

Специальные диагностические обследования

тариф «Комплексное обследование репродуктивных органов у женщин в целях раннего выявления новообразований» применяется при оказании амбулаторной помощи в благотворительном медицинском диагностическом центре женского здоровья «Белая роза» в объеме, предусмотренном соответствующими нормативными документами, не более одного раза в год.

Тариф «Обследование в мобильном урологическом комплексе с целью выявления ЗНО у мужчин» применяется при оказании помощи в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 03.10.2018 г. № 2166.

Комплексное обследование по бесплодному браку (метод оплаты 4.1.1 и 4.1.2) – выполняется следующими медицинскими организациями: ГАУЗ «ОКБ№2

Тариф «Катамнестическое наблюдение за детьми с перинатальной патологией» применяется для оплаты помощи, оказываемой кабинетами катамнеза, с учетом категории сложности пациентов и кратности наблюдений, предусмотренных распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области от 05.12.2018 г. № 2685 «Об открытии кабинетов катамнеза для детей, перенесших перинатальную патологию и потребовавших проведения реанимации, интенсивной терапии или хирургического вмешательства в неонатальном периоде». применяется для оплаты помощи, оказываемой кабинетами катамнеза в ГАУЗ «ОКБ №2», ГАУЗ «ДГБ» г. Орска, ГБУЗ «ББСМП» с учетом категории сложности пациентов:

- III категории сложности (метод оплаты 4.3.2.): кратность наблюдения в период до 1 года жизни 6 раз;
- II категории сложности (метод оплаты 4.3.1.): кратность наблюдения в период до 1 года жизни 4 раза.

Не допускается выставление в один отчетный месяц случая профилактического осмотра несовершеннолетнего и катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией.

При выставлении в один отчетный месяц случая профилактического осмотра несовершеннолетних и случая «катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией» приоритет в оплате отдавать случаям

«катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией».

Динамическое наблюдение за пациентом, перенесшим трансплантацию органов (метод оплаты 4.6) объемы выполняет ГБУЗ «ГКБ №1» г. Оренбурга, не более 6 раз в году. Объем обследований определен стандартом оказания медицинской помощи

Оплата диагностических исследований

компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), прочих исследований, проводимых в целях диагностики онкологических заболеваний, проводимых пациентам, получающим амбулаторное лечение, осуществляется медицинским организациям, которым Комиссией по разработке ТП ОМС утвержден план на проведение этих исследований, при наличии направления лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь.

Исключением являются случаи 1 этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в стоимость которых включены исследования из приведенного выше перечня: ФГДС в возрасте 45 лет, эхокардиография в возрастах 1 месяц и 6 лет.

Не допускается пересечение по срокам с случаями лечения в условия стационара. Возможно проведение в один день нескольких диагностических исследований.

Оплата компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в случае проведения исследования двух и более анатомических областей/органов одновременно осуществляется за каждое проведенное исследование. При этом только для одного из этих случаев может применяться тариф, учитывающий применение контрастного вещества или использование анестезиологического пособия.

Оплата маммографии, жидкостной цитологии и исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественно) в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения (приказ МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н) в случае, когда эти диагностические исследования выполняются медицинской организацией не по месту проведения диспансеризации, оплачиваются СМО (при оплате реестров счетов в рамках межтерриториальных расчетов – ТФОМС) медицинской организации, выполнившей исследования, за счет медицинской организации, проводившей диспансеризацию (при наличии от нее направления), т.е. МО направления=МО прикрепления.

Пересечения амбулаторных посещений только в рамках заказанных услуг

При анализе законченных случаев по поликлинике не допускается пересечение случаев по срокам в следующих ситуациях в 1 МО:

- диспансеризация по заболеванию и любые профилактические цели у одного специалиста - алгоритм применяется только в части заказанных услуг, когда оба случая являются «заказанными»;
- профилактические цели у одного специалиста (в части заказанных услуг);
- посещения по другим обстоятельствам с любыми целями по всем специальностям - алгоритм применяется только в части заказанных услуг, когда оба случая являются «заказанными»;
- посещения Центров здоровья и диспансеризация определенных групп взрослого населения - алгоритм применяется только в части заказанных услуг;
- посещения по неотложной помощи в один день у одного специалиста в одной МО;
- несколько целей «диспансерное наблюдение больных» у одного специалиста;

При анализе пересекающихся по срокам поликлинических посещений, оплате подлежит первый случай.

При пересечении по срокам поликлинических посещений приоритет в оплате отдавать случаям профилактических осмотров несовершеннолетних и всем видам диспансеризации определенных групп взрослого населения и детей сирот.

Амбулаторная помощь в период лечения в стационаре

не подлежат оплате случаи оказания амбулаторной помощи в период стационарного лечения, за исключением дня поступления и выписки, неотложной стоматологической помощи (оказывается в соответствии с порядком оказания неотложной стоматологической помощи) и посещений с консультативной целью в другой медицинской организации. Не подлежат оплате случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении с любой целью, если в этот день больной госпитализирован в данный стационар.

Случаи лечения в стационарах дневного пребывания могут пересекаться с амбулаторными посещениями, за исключением обращений по заболеванию одного профиля.

Не подлежат оплате диагностические исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), прочих исследований, проводимых в целях диагностики онкологических заболеваний во время лечения в стационаре.

Пациент не идентифицирован по месту прикрепления

когда застрахованный не идентифицирован по медицинской организации прикрепления, но при этом получает плановую медицинскую помощь в медицинской организации–балансодержателе случаи оказания медицинской помощи не подлежат оплате (исключение: травматология, оказание медицинской помощи пациентам с диагнозами J06, J09-11, J12-18, U07, осмотры перед вакцинацией).

Оказание плановой помощи вне МО «балансодержателя» в рамках заказанных услуг и плана-заказа на обращения и посещения

проверка осуществляется только для случаев с формой оказания медицинской помощи как плановая (FOR_POM). Элемент «Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)» обязателен для заполнения случаев поликлиники при условии оказания плановой помощи. Данное поле принимает значение МОЕР МО-балансодержатель, выдавшей направление. При отсутствии направления данное поле равно «000000». При проведении данной проверки МО прикрепления определяется на дату оказания медицинской помощи.

Перечень врачебных специальностей

Код специальности	Врачебная специальность	исключаемые объемы помощи
2	Акушерство и гинекология	3.3.1., 3.3.2
3	Аллергология и иммунология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
8	Гастроэнтерология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
9	Гематология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
11	Гериатрия	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
17	Дерматовенерология	все
18	Детская кардиология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
19	Детская онкология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
20	Детская урология-андрология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
24	Инфекционные болезни	Для ГБУЗ «ООКИБ» метод оплаты 1; 1.1
36	Нейрохирургия	ГАУЗ «ГКБ им.Н.И. Пирогова» г.Оренбурга все
38	Нефрология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
41	Онкология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
55	Пульмонология	метод оплаты 3; цель посещения

		1.3
59	Ревматология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
65	Сердечно-сосудистая хирургия	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
75	Сурдология-отоларингология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
91	Челюстно-лицевая хирургия	метод оплаты 3; цель посещения 1.3
79	Травматология и ортопедия	Все позиции для МО: ГАУЗ «ГКБ №4» г. Оренбурга, «БСМП» г. Новотроицка, ГАУЗ «ДГКБ» г.Оренбурга, ГАУЗ «ГБ» г.Орска
84	Урология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3 для ГАУЗ «ООКБ№2»
22	Детская эндокринология	метод оплаты 3; цель посещения 1.3 для ГАУЗ «ДГКБ»
49	Педиатрия	Метод оплаты 5.2.1; 5.2.2; 5.3
39	Общая врачебная практика (семейная медицина)	Метод оплаты 5.2.1; 5.2.2; 5.3
76; 49;39;24;206	Терапия, педиатрия, ВОП, инфекционные болезни, лечебное дело	Метод 3, 10.1 код МКБ : Z23; Z24; Z25; Z26; Z27; Z28, U11.9 – проведение профилактических осмотров в рамках вакцинопрофилактики,
все	В период угрозы распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19	Метод оплаты 1, 10.4 при J06, J09-11, J12-18, U07

1	Все	Неверное определение взрослого или детского тарифа	Применение взрослого или детского тарифа определяется по возрасту: от 0 до 18 лет включительно (17 лет 11 месяцев и 30 дней) применяется детский тариф, 18 лет и старше – взрослый.
2	Поликлиника. Метод оплаты с признаком необходимости указания ДГ	В случае неверно определена декретированная группа	Определение декретированной группы осуществляется в соответствии с регламентом информационного взаимодействия. Не допускается оплата двух законченных случаев с одной декретированной группой.
3	Поликлиника. Центры здоровья Метод оплаты 9.1	Повторное выставление на оплату случая комплексного обследования в Центре здоровья	<p>Оплата медицинских услуг Центров здоровья при первичном обращении граждан производится по тарифу законченного случая «комплексное обследование в Центре здоровья», которое включает в себя полный комплекс диагностических услуг, предусмотренный соответствующими нормативными документами, и посещение врача, не более одного раза в год на 1-го застрахованного.</p> <p>Не подлежат оплате повторные обращения по тарифу «комплексное обследование в Центре здоровья» в Центры здоровья в течение года (12 месяцев) с момента обращения. Проверка осуществляется в пределах 1 МО. Проверка осуществляется по всем Центрам здоровья, работающих на территории области</p>
4	Поликлиника Центры здоровья Метод оплаты 9.2	Случай неверно определен как динамическое наблюдение в Центре здоровья	<p>Оплата посещений в Центры здоровья с целью динамического наблюдения осуществляется по тарифу законченного случая «динамическое наблюдение в Центре здоровья» в объеме не более двух случаев на человека в год с момента обращения с целью «комплексное обследование в Центре здоровья».</p> <p>Не подлежат оплате случаи без предварительного комплексного обследования (смотреть год назад от даты динамического наблюдения) и более двух случаев динамического наблюдения в течение года с момента обращения в Центр здоровья (проверка осуществляется по всем Центрам здоровья, работающим на территории области). Если комплексное обследование в центре здоровья (метод оплаты 9.1) выставлен к оплате и забракован по МЭК, а динамическое наблюдение проходит МЭК, то такой случай к оплате принимается.</p>
5	Поликлиника Метод оплаты 5.1.1, 5.1.2, 5.1.	Нарушение кратности оплаты профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.	<p>Тариф определен на каждый возрастной период (один месяц, второй месяц, третий месяц и т.д.) Проверяется соответствие пола и возраста методу оплаты.</p> <p>Случаи профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних</p>

старше 1 года принимаются к оплате только **по месту прикрепления**. Случай подлежит отклонению от оплаты в отношении застрахованного старше 3-х лет, проходившего в течение года диспансеризацию детей-сирот.

Количество специалистов для каждого возраста определяется по декретированной группе и проверяется в соответствии с приказом МЗ РФ от 10 августа 2017 года №514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"

Проверяется количество специалистов для каждого этапа:

1 мес. – **не менее 5 специалистов**
 2 мес. – **не менее 1 специалиста**
 3 мес. – **не менее 2-х специалистов**
 4 мес. – **не менее 1 специалиста**
 5 мес. – **не менее 1 специалиста**
 6 мес. – **не менее 1 специалиста**
 7 мес. – **не менее 1 специалиста**
 8 мес. – **не менее 1 специалиста**
 9 мес. – **не менее 1 специалиста**
 10 мес. – **не менее 1 специалиста**
 11 мес. – **не менее 1 специалиста**
 12 мес. – **не менее 6 специалистов**
 1 год 3 мес. – **не менее 1 специалиста**
 1 год 6 мес. - **не менее 1 специалиста**
 2 года – **не менее 2-х специалистов**
 3 года – **не менее 7 специалистов**
 4 года – **не менее 2-х специалистов**
 5 лет – **не менее 2-х специалистов**
 6 лет – **не менее 9 специалистов**
 7 лет – **не менее 5 специалистов**
 8 лет – **не менее 2-х специалистов**
 9 лет - **не менее 2-х специалистов**
 10 лет - **не менее 6 специалистов**
 11 лет – **не менее 2-х специалистов**
 12 лет – **не менее 2-х специалистов**
 13 лет - **не менее 3-х специалистов**
 14 лет – **не менее 3-х специалистов**

			15 лет – не менее 9 специалистов 16 лет – не менее 9 специалистов 17 лет – не менее 9 специалистов
6	Поликлиника Метод оплаты 5.2.1, 5.2.2.	Неверно определен случай «диспансеризация детей-сирот»	<p>Данная цель посещения к оплате принимается 1 раз в год у ребенка. Тариф проверяется по полу и возрасту. Данный вид диспансеризации проводится по возрасту, который определяется датой рождения, в отличие от профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, тариф для которых определяется по году рождения. Проверяется количество специалистов: 7- у детей в возрасте от 0 до 2 лет включительно; 8- в возрасте 3 до 4 лет включительно и 9- у детей с 5 лет и старше. При оплате данной цели у застрахованных старше 3 лет цель «профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних» в оплате не принимаются.</p>
7	Поликлиника Метод оплаты 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4.	Неверно определен случай «диспансеризация взрослого населения»	<p>Данная цель выставляется 1 раз в год одной МО по месту прикрепления застрахованного. Тариф цели 6.2. определяется полом и возрастом пациента.</p> <p>Диспансеризации может иметь два этапа: сначала проводится первый этап, затем второй этап, возможно проведение двух этапов одним днём, первый этап с методом оплаты 6.2 и второй с методами оплаты от 6.2.1 до 6.2.4. Тариф второго этапа диспансеризации – от 6.2.1. до 6.2.4 определяется соответственно количеством специалистов, принявших участие в осмотре.</p> <p>Цели посещения 6.2 и 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4 могут быть приняты к оплате у пациента в год исполнения ему лет: 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39; с 40 лет ежегодно. При выставлении данных счетов необходимо указывать набор выполненных медицинских услуг. При этом, могут учитываться результаты ранее проведенных исследований с отражением их в стат. талоне. Первый этап диспансеризации считаются завершенным в случае выполнения не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации. При этом, диспансеризация является выполненной при обязательном проведении анкетирования, 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, приема врача-терапевта по результатам 1 этапа диспансеризации.</p> <p>При невозможности проведения какой-либо услуги из обязательного перечня, в</p>

			<p>том числе отказа пациента от ее проведения, случай подается на оплату как посещение с профилактической целью (метод оплаты 3).</p> <p>Оплата маммографии, жидкостной цитологии, КСК <u>в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения</u> в случае, когда эти диагностические исследования выполняются медицинской организацией не по месту проведения диспансеризации, оплачиваются СМО медицинской организации, выполнившей исследования, за счет медицинской организации, проводившей диспансеризацию (при наличии от нее направления) т.е. <u>МО направления = МО прикрепления</u></p> <p>Количество осмотров специалистов в рамках второго этапа должно соответствовать последней цифре метода оплаты (6.2.1 – посещение одного специалиста, 6.2.2 – посещение двух специалистов, включая терапевта и т.д.), допускаются посещения более чем к 4-м специалистам, но оплата осуществляется по тарифу за 4-х специалистов в соответствии с Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования граждан в Оренбургской области</p>
9	Второй этап диспансеризации. Методы оплаты 6.2.1- 6.2.4		<p>У пациента после проведения первого этапа диспансеризации (метод оплаты 6.2) может быть только один второй этап диспансеризации (методы оплаты: 6.2.1-6.2.4). Оплате не подлежат случаи второго этапа диспансеризаций без проведения первого. Если первый этап диспансеризации (методы оплаты 6.2) забракован по МЭК, а второй этап диспансеризации проходит МЭК, то случаи со вторым этапом к оплате принимаются.</p>
	Поликлиника Метод оплаты 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4.	«Диспансеризация взрослого населения» - определение соответствия группы диспансерного наблюдения диагнозу.	<p>При выставлении группы диспансерного наблюдения (II или III-A, III-B) диагноз не должен быть из рубрики «Z» и «R», за исключением R73.0, R73.9, Z03.1, Z72.0, Z72.1, Z72.2. Группе III-A должен соответствовать диагноз: E10 - E14; I10 - I15; I20.1 - I20.9; I25.1; I25.2; I47 - I50; I67; I69; J40-J43; J44; J45; J47; C00 - C97; D00 - D09. При этом поле PR_D_N равно «1» или «2»</p>
10	Поликлиника. Метод оплаты 6.1	Неверно определен случай «профилактический осмотр взрослого населения»	<p>Данная цель выставляется 1 раз в год одной МО в соответствии с возрастом. Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно в качестве самостоятельного мероприятия в возрасте от 18 до 39 лет включительно. Тариф соответствует полу и возрасту пациента. К оплате принимаются случаи, оказанные по месту прикрепления. В счете указываются</p>

			выполненные услуги. При этом, обязательный набор услуг: анкетирование, осмотр врачом-терапевтом (фельдшером). Профилактический осмотр считается завершенным при выполнении 85% всех исследований. При этом возможно учитывать медицинские услуги, выполненные в течение года (12 месяцев). В один год к оплате принимается либо профилактический осмотр либо диспансеризация
11	Поликлиника. Метод оплаты: 5.1, 5.1.1, 5.1.2, 5.2.1,5.2.2,6.1,6.2, 6.2.1-6.2.4	Неверно определен результат.	От оплаты отклоняются случаи, в которых результат диспансеризации (Классификатор результатов диспансеризации V017) не соответствует методу оплаты.

МЭК по стоматологической медицинской помощи

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;
- по тарифу за случай по клинико-статистическим группам (заказанные услуги, неотложная стоматологическая помощь, в рамках межтерриториальных расчетов)

Проверка тарифа - тариф проверяется в соответствии с регламентом информационного взаимодействия и Тарифным соглашением.

Не принимаются к оплате КСГ на зубы, ранее удаленные.

КСГ d009, t006, t007, t008 – принимаются к оплате не более 2 раз в год

КСГ a001 – принимается к оплате только у ГАУЗ «ООКСП»

Неотложная стоматологическая медицинская помощь:

Случаи оказания неотложной помощи гражданам в *независимости от прикрепления* (одно посещение, при котором проводятся мероприятия, направленные на снятие острой боли и острых воспалительных явлений, оказание первой помощи при травмах) оплачиваются по следующим КСГ:

Номер КСГ	Наименование КСГ	Доля оплаты
d005	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 1 корневого зуба	0,45
d006	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 2 корневого зуба	0,45
d007	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 3 и более корневого зуба	0,45
t002	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 1 корневого зуба	0,45
t003	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 2 корневого зуба	0,45
t004	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 3 и более корневого зуба	0,45
h001	Заболевания, требующие консервативного лечения (долечивания) в амбулаторных условиях и/или направления в стационар	0,7
h002	Заболевания, требующие удаления молочного зуба	1
h003	Заболевания, требующие удаления постоянного зуба (простое)	1

h004	Заболевания, требующие сложного удаления зуба (сверкомплектного, ретинированного, дистопированного), хирургические способы лечения хр.периодонтита	0,7
h008	Осложнения и заболевания воспалительного характера, требующие вскрытия очага и последующих перевязок	0,7
h009	Заболевания и состояния, требующие малых хирургических вмешательств	0,7
d010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ, языка, требующие медикаментозного лечения у детей	0,4
t010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и языка, требующие лечения	0,4

Не подлежат оплате два случая неотложной помощи в один день по одной КСГ и одному зубу – проверка по всем МО.

Незаконченный случай при оказания стоматологической медицинской помощи:

Оплата незаконченных случаев оказания стоматологической медицинской помощи, которыми являются случаи оказания неотложной помощи (одно посещение, при котором проводятся мероприятия, направленные на снятие острой боли и острых воспалительных явлений, оказание первой помощи при травмах), а также плановой стоматологической помощи, прерванной по причинам, не зависящим от МО-балансодержателя, осуществляется с применением понижающего коэффициента к тарифу КСГ.

Номер КСГ	Наименование КСГ	Доля оплаты
d005	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 1 корневого зуба	0,45
d006	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 2 корневого зуба	0,45
d007	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением у детей 3 и более корневого зуба	0,45
d010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ, языка, требующие медикаментозного лечения у детей	0,4
t002	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 1 корневого зуба	0,45
t003	Заболевания твердых тканей зуба, требующие	0,45

	эндодонтического лечения с последующим восстановлением 2 корневого зуба	
t004	Заболевания твердых тканей зуба, требующие эндодонтического лечения с последующим восстановлением 3 и более корневого зуба	0,45
t010	Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ и языка, требующие лечения	0,4
h001	Заболевания, требующие консервативного лечения (долечивания) в амбулаторных условиях и/или направления в стационар	0,7
h004	Заболевания, требующие сложного удаления зуба (сверхкомплектного, ретенированного, дистопированного), хирургические способы лечения хр. периодонтита	0,7
h008	Осложнения и заболевания воспалительного характера, требующие вскрытия очага и последующих перевязок	0,7
h009	Заболевания и состояния, требующие малых хирургических вмешательств	0,7

Амбулаторная помощь в период лечения в стационаре

Не подлежат оплате случаи оказания стоматологической медицинской помощи в период круглосуточного стационарного лечения, за исключением дня поступления и выписки, а также неотложной стоматологической помощи в соответствии с КСГ.

Оказание плановой помощи вне МО «балансодержателя»

Проверка осуществляется только для случаев с формой оказания медицинской помощи как плановая (FOR_ROM).

Элемент «Код МО, направившей на лечение (диагностику, консультацию)» обязателен для заполнения при условии оказания плановой стоматологической помощи (исключение ортодонтия).

Медицинская помощь при ортодонтии детям до 18 лет

Ортодонтическая медицинская помощь по направлениям от МО-прикрепления **гражданина** оказывается следующими медицинскими организациями

ГАУЗ «ООКСР»

ГАУЗ «ДГКБ» г.Оренбурга

ГАУЗ «СП» г.Новотроицка

ГАУЗ «СП» г.Орска

ГБУЗ «ББСМП»

Номер КСГ	Наименование КСГ	условия
о001	Первичный прием врача ортодонта	1 КСГ в <u>течении календарного года</u>
о002	Коррекция и/или активация ортодонтического аппарата	Не более 6 КСГ в течении календарного года, но не более 1 КСГ в месяц
о003/о004/о005/о006/о007	Ортодонтическая коррекция	1 КСГ(отдельно по каждой КСГ) в течении календарного года

МЭК по высокотехнологической помощи

Оплате подлежат случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи от медицинских организаций, имеющих запланированные объемы по соответствующим профилям и группам ВМП

МЭК по стационарной службе

Оплата родов:

принимаются случаи оказания помощи, относящиеся к КСГ st02.003 «Родоразрешение» к st02.004 «Кесарево сечение». Данные КСГ могут быть только у женщин, в возрасте не моложе 12 лет и не старше 55 лет, и у одной застрахованной - не чаще 1 раза в 9 месяцев.

В стоимость КСГ st02.003 «Родоразрешение» и st02.004 «Кесарево сечение» 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».

порядок оплаты прерванных случаев оказания стационарной медицинской помощи с использованием следующих понижающих коэффициентов:

КСГ	Доля оплаты	
	Прерван в срок до 3-х дней вкл.	Прерван в срок более 3-х дней
Случаи госпитализации, не предполагающие хирургическое лечение (вмешательство) или тромболитическую терапию	0,4	0,8
Случаи госпитализации с проведением хирургического лечения (вмешательства) или тромболитической терапии	0,8	0,90

При оплате прерванных случаев лечения замена хирургической клинико-статистической группы на терапевтическую (с большим тарифом) не осуществляется.

Законченные случаи оказания медицинской помощи с выпиской пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения) по группам КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, перечень которых установлен настоящим Соглашением, оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

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

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется с применением коэффициентов, предусмотренных для оплаты терапевтических КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое (в том числе из круглосуточного стационара в дневной) и в другую медицинскую организацию, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

Если перевод производится в пределах круглосуточного стационара одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшей стоимостью.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

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

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, тариф для которых не зависит от количества фракций, оплачиваются с применением коэффициентов, предусмотренных для терапевтических КСГ.

Оплата одного случая госпитализации по двум КСГ сформированием двух позиций в счете реестре возможна в следующих случаях:

Оплата одного случая госпитализации по двум КСГ возможна в следующих случаях:

а) st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ st02.003 «Родоразрешение», а также st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» или st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» в сочетании с КСГ st02.004 «Кесарево сечение» в случаях, если дородовая госпитализации пациентки в отделение патологии беременности или сестринского ухода продолжительностью составила не менее 6 дней.

При этом оплата по КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери

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

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

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

в) Случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой,

заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

г) Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара.

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

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

ж) Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» без основной КСГ не допускается.

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

и) проведение диализа.

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

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа в стационарных условиях оплата осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи

Медицинская реабилитация:

Оплата стационарной помощи по тарифам КСГ №№ st37.001-st37.026

(медицинская реабилитация) производится только медицинскими организациями, имеющим соответствующую лицензию, для которых Комиссией по ТП ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи по позиции «Медицинская реабилитация».

Для осуществления медицинской реабилитации в стационарных условиях направляются пациенты со значительными нарушениями функций, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала), нуждающиеся в посторонней помощи для осуществления обслуживания, перемещения и общения, требующие круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и реабилитации, т.е. при оценке состояния пациентов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 3-6.

Медицинская реабилитация детей в круглосуточном стационаре осуществляется при средней и тяжелой степени тяжести заболеваний, предусмотренных указанными КСГ.

Контроль длительности по ДКК

Тарифы по КСГ st36.001 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» и st36.027- st36.047 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)» не применяются при диагнозах: D69.3 «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура» и M08.2 «Юношеский ревматоидный артрит с системным началом» соответственно.

Неонатология

В стоимость КСГ st02.003 «Родоразрешение» и st02.004 «Кесарево сечение» 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».

МЭК по стационарзамещающим видам медицинской помощи

Оплата проведения процедуры ЭКО

В рамках направления для проведения процедуры ЭКО возможно проведение не более одного переноса эмбрионов в полость матки (подсадок). Для проведения второго и последующего переносов ранее криоконсервированных эмбрионов необходимо новое направление врачебной комиссии по отбору пациентов для проведения ЭКО.

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

Оплата вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется по КСГ ds02.008, ds02.009, ds02.010, ds02.011

ivf1	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) (A11.20.030.001 Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона)
ivf2	Проведение I этапа ЭКО: стимуляция суперовуляции
ivf3	Проведение I-II этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки)
ivf4	Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона); без последующей криоконсервации эмбрионов
ivf5	Проведение I-III этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона); с последующей криоконсервацией эмбрионов (A11.20.031 Криоконсервация эмбрионов) без переноса эмбрионов
ivf6	Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); без осуществления криоконсервации эмбрионов
ivf7	Проведение I-IV этапов ЭКО: стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки (A11.20.019 Получение яйцеклетки), экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов (A11.20.027 Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов; A11.20.028 Культивирование эмбриона), внутриматочное введение (перенос) эмбрионов (A11.20.030 Внутриматочное введение эмбриона); с осуществлением криоконсервации эмбрионов (A11.20.031 Криоконсервация эмбрионов)

Данные КСГ могут быть только у женщин, в возрасте не моложе 18 лет и не старше 50 лет.

Случаи с кодами критерия ivf 2 - ivf 7 (в любой комбинации кодов) у одной застрахованной могут быть 2 раза в год.

Случаи с кодом критерия ivf1 могут быть оплачены не более 3 раз за 1 календарный год, но при условии, что суммарное количество попыток за год у одной женщины не превышает 4

Пример 1: сначала ivf 6, потом ivf 7 и дважды ivf 1;

Пример 2: сначала ivf1 (замороженный в прошлом году), потом ivf 5 и дважды ivf 1.

Оплата прерванного случая оказания медицинской помощи

порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара с использованием следующих понижающих коэффициентов:

КСГ	Доля оплаты	
	Прерван в срок до 3 дней вкл.	Прерван в срок более 3 дней
терапевтические КСГ	0,4	0,8
хирургические КСГ (т.е. классификационным критерием отнесения к КСГ является вид оперативного вмешательства)	0,8	0,9

При оплате прерванных случаев лечения замена хирургической клинико-статистической группы на терапевтическую (с большим тарифом) не осуществляется.

Законченные случаи оказания медицинской помощи с выпиской пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения) по группам КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, перечень которых установлен настоящим Соглашением, оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

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

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется с применением коэффициентов, предусмотренных для оплаты терапевтических КСГ

Оплата заместительной почечной терапии в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание. При проведении заместительной почечной терапии методом гемодиализа к тарифам КСГ дополнительно применяется утвержденный Соглашением тариф на транспортировку пациента к месту проведения диализа и обратно

Тарифы по КСГ ds36.001 «Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина» и ds36.014 - ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

(уровень 1-20)» не применяются при диагнозах: D69.3 «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура» и M08.2 «Юношеский ревматоидный артрит с системным началом» соответственно

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

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

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией, тариф для которых не зависит от количества фракций, оплачиваются с применением коэффициентов, предусмотренных для терапевтических КСГ.

Пересечения с амбулаторными посещениями:

Случаи лечения в стационарах дневного пребывания могут пересекаться с амбулаторными посещениями, за исключением обращений по заболеванию по тому же профилю (исключением является проведение перитонеального диализа, случаи которого оплачиваются при пересечении с любыми амбулаторными посещениями).

Пересечение со стационаром

Случаи лечения в дневном стационаре при пересечении (более чем на 1 день) по срокам лечения со стационарным случаем либо другим случаем лечения в дневном стационаре вне зависимости от диагноза (МКБ) в разных/одной медицинских организациях отклоняются по МЭК.

ИСКЛЮЧЕНИЕ: если один из случаев лечение в дневном стационаре является случаем проведения лекарственной противоопухолевой терапии.

МЭК по скорой и неотложной медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

Скорая специализированная, включая медицинскую эвакуацию, медицинская помощь, оказываемая отделениями экстренной консультативной помощи (доп.код 02003) - для ГБУЗ «ООКБ», ГБУЗ «ООКБ №2», ГБУЗ «КССМП» г.Оренбурга (для эвакуации с восточной и западной зоны).

Случаи скорой помощи могут пересекаться со всеми видами медицинской помощи.

Не подлежат оплате случаи оказания медицинской помощи после официально установленной даты смерти

Тариф для оплаты вызовов с проведением тромболитической терапии применять только при следующих диагнозах по МКБ-10: I21.0., I21.1., I21.2., I21.3., I21.4., I22.8.