



ПРИКАЗ

29.05.2026

№ 406

г. Майкоп

Об утверждении Порядка взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея в 2026 году

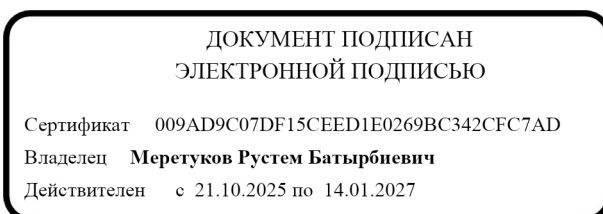
В соответствии с Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Республики Адыгея на 2026 год, в целях обеспечения единообразия реализации обязательного медицинского страхования в части взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея в 2026 году

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея в 2026 году согласно приложению.

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Республики Адыгея М.С. Хагауджеву.

Министр
здравоохранен
ия Республики
Адыгея



Р.Б. Меретуков

ПОРЯДОК
взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи на территории Республики Адыгея в 2026 году

Основные понятия, термины и определения.

ОМС	Обязательное медицинское страхование
ТПОМС РА	Территориальная программа обязательного медицинского страхования, принятая на территории Республики Адыгея на текущий финансовый год
Программа государственных гарантий	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188
Тарифное соглашение	Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Республики Адыгея
Правила ОМС	Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н
СМО	Страховая медицинская организация
МО	Медицинская организация
ГБУЗ	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Комиссия	Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования
Номенклатура медицинских услуг	Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
МКБ- 10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)	Группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)
Рекомендации	Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 февраля 2026 г. N 31-2/И/2-3021)
МНН лекарственного препарата	Международное непатентованное название лекарственного препарата

ЖНВЛП	Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемый Правительством Российской Федерации в целях государственного регулирования цен на лекарственные средства.
УЕТ	Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи равная 10 минутам
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЭКО	Экстракорпоральное оплодотворение
МЭК	Медико – экономический контроль
МЭЭ	Медико - экономическая экспертиза
ЭКМП	Экспертиза качества медицинской помощи
Случай госпитализации	Случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования
Оплата медицинской помощи по КСГ	Оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноности и поправочных коэффициентов
КСЛП	Коэффициент сложности лечения пациентов, устанавливаемый в отдельных случаях и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи
Оплата медицинской помощи за услугу, в условиях круглосуточного и дневного стационаров	Составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг
Медицинская эвакуация	- Транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий);
Неотложная медицинская помощь	- Медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;
МО, имеющие прикрепленное население	Медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС РА и имеющие прикрепленных по территориально-участковому принципу лиц, застрахованных по ОМС в Республике Адыгея, оплата которым осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу на прикрепившихся лиц;
МО, не имеющие прикрепленного населения	Медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС РА, организационная структура которых не предусматривает наличия территориально-участкового принципа обслуживания

	населения;
Прикрепленные застрахованные	Застрахованные лица, включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепленные к МО для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту учебы в определенных организаций.

I. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточных и дневных стационаров.

Основными отличиями модели КСГ 2026 года от модели КСГ 2025 года являются:

1) изменение количества КСГ в стационарных условиях: 462 КСГ в стационарных условиях и 222 КСГ в условиях дневного стационара без учета групп для оплаты медицинской помощи в федеральных медицинских организациях, в том числе за счет:

а) увеличения КСГ с 3 до 5 в стационарных условиях для проведения antimicrobial терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

б) увеличения КСГ с 19 до 21 групп в стационарных условиях и с 22 до 24 групп в условиях дневного стационара для оплаты случаев лекарственной терапии взрослых пациентов при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей);

в) увеличения КСГ с 6 до 7 групп для оплаты случаев лечения хронического вирусного гепатита С;

г) выделения КСГ для оплаты случаев комплексной медицинской реабилитации после протезирования верхних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина и комплексной медицинской реабилитации после протезирования двух и более конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина;

д) выделения КСГ для оплаты случаев баллонной вазодилатации с установкой 1/2/3 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы);

е) выделения КСГ для оплаты случаев лечения ишемической болезни сердца с установкой 1/2/3 стентов в сосуд (сосуды);

ж) выделения КСГ для оплаты случаев имплантации частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора;

з) выделения КСГ для оплаты случаев эндоваскулярной тромбэкстракции и стентирования брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте;

и) выделения КСГ для оплаты случаев экстракорпорального оплодотворения с проведением услуг преимплантационного генетического тестирования (эмбриона на моногенные заболевания (ПГТ-М) и на структурные хромосомные перестройки (ПГТ-СП));

2) актуализация стоимости КСГ в рамках случаев лечения:

- кишечных инфекций у взрослых и детей;

- с применением ботулотоксина при неврологических заболеваниях;

- онкологических заболеваний, в том числе лимфоидной и кроветворной тканей;
- органов зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ);
- с интравитреальным введением лекарственных препаратов;
- с баллонной вазодилатацией с установкой 1/2/3 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы);
- с применением генно-инженерных биологических препаратов, селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ;
- при комплексной медицинской реабилитации после протезирования нижних конечностей с установкой постоянного экзопротеза, в том числе с болевым синдромом, с применением ботулотоксина;
- экстракорпорального оплодотворения;
- хронического вирусного гепатита В без дельта агента и с дельта агентом.

1.1. Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ

1.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

1.1.2. Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, осуществляется во всех страховых случаях по КСГ, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- услуг диализа, включающих различные методы.

1.1.3. Для учёта случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров и формирования счетов и реестра счетов используются сведения из «Статистической карты выбывшего из

стационара» (форма № 066/у), утвержденной Приказом Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения».

1.1.4. При формировании счетов МО применяются коды медицинских услуг в соответствии с разрешенными лицензиями видами медицинской деятельности.

1.1.5. Законченный случай лечения заболевания, проведенный в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, предъявляется к оплате по тарифу КСГ при условии достижения результата госпитализации.

1.1.6. Прерванными считаются случаи, когда результаты госпитализации не достигнуты:

- случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
- случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- законченные случаи лечения длительностью 3 дня и менее за исключением случаев оказания медицинской помощи по КСГ, приведенных в Приложении №39 к Тарифному соглашению;
- случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.028 с длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием.

1.1.7. При плановой госпитализации обязательным условием является наличие сведений о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и направления (форма № 057/у-04, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.09.2025 № 519н «Об утверждении учетной формы «Направление для оказания медицинской

помощи» и порядка ее ведения)), выданного лечащим врачом амбулаторно-поликлинического учреждения.

1.1.7.1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, установленном Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. N 215н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

1.1.7.2. Госпитализация больных должна проводиться в соответствии с профилем отделения и профилем развернутых в отделении коек.

1.1.8. При определении количества койко-дней лечения в профильном отделении круглосуточного стационара, день поступления и день выписки (перевода) считается за 1 койко-день.

Количество пациенто-дней в дневных стационарах определяется числом фактических дней лечения, исходя из дат поступления и выписки, согласно утвержденного приказом главного врача режима работы дневного стационара, день поступления и день выписки считается за 2 дня.

1.1.9. Случай оказания медицинской помощи новорожденному ребенку со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения выставляется по полису матери (или законного представителя), так как обязательное медицинское страхование детей осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахована мать ребенка или его другой законный представитель. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).

1.1.10. В случае, если в медицинской организации на постоянной основе отсутствует врач по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», счета по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, за это время не формируются и не подаются на оплату, а также в случае временного отсутствия (в отпуске, на учебе, временно нетрудоспособен и т.п.) единственного врача медицинской организации по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» при невозможности замены его на это время врачом соответствующей специальности в установленном порядке.

1.1.11. За консультации врачей-специалистов, оказанные стационарным больным и больным дневных стационаров всех типов, счета за данные услуги не формируются, так как эти расходы уже учтены в тарифах КСГ.

1.1.12. Если в период лечения пациента в дневном стационаре любого типа, ему одновременно в один день оказывается в другой медицинской организации:

- а) экстренная и неотложная медицинская помощь,
- б) первичная медико-санитарная специализированная медицинская помощь по заболеванию, входящему в другой класс МКБ - 10,
- в) стоматологические услуги;
- г) диагностические и лабораторные обследования, то оплата производится за выставленные счета отдельно и сроки лечения не считаются пересечением.

1.1.13. При переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар, случай лечения больного в круглосуточном стационаре закрывается, случай лечения больного в дневном стационаре формируется с момента начала лечения в дневном стационаре и наоборот.

1.1.14. При переводе амбулаторного больного в другие условия оказания медицинской помощи - в дневной стационар при амбулаторно-поликлиническом учреждении, счета за амбулаторное лечение и лечение в дневном стационаре формируются отдельно.

1.2 Основные подходы к группировке по КСГ

1.2.1. Для формирования КСГ используются справочники по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходы к оплате медицинской помощи, представленные в Рекомендациях.

1.2.2. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи - при этом часть диагнозов, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях.

Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет.

1.3. Регламентация применения коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП)

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи в соответствии с требованиями и в размере согласно Приложениям № 34 – 36 к Тарифному соглашению.

КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

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

В случае, если оплата законченного случая лечения осуществляется по двум и более КСГ, значение КСЛП применяется однократно к одной из КСГ, входящих в законченный случай лечения, за исключением:

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;

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

Случаи, при которых возможно применение КСЛП, представлены в Приложении № 34 к Тарифному соглашению.

1.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи

К прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 данного пункта) длительностью 3

дня и менее за исключением случаев оказания медицинской помощи по перечню КСГ, приведенному в Приложении №39 к Тарифному соглашению;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.028 с длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием.

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 лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным на основании п. 2 не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ (на основании подпунктов 2-10 пункта 1.6 данного Приложения), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям подпунктов 2-4 данного раздела.

Приложением № 39 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которого длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, устанавливаются:

при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

80 процентов – при длительности лечения до 3 дней;

90 процентов – при длительности лечения более 3 дней;

при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

20 процентов – при длительности лечения до 3 дней;

50 процентов – при длительности лечения более 3 дней.

Приложением №40 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 7 и 9, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

1.5. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии

1.5.1. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у 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 "Группировщиках", являющихся Приложениями 6 и 7 к Рекомендациям, 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, изложенным в подпунктах 1-6 пункта 1.4 Порядка.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения 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) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 1.4 Порядка):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в

связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 "Прочие схемы лекарственной терапии", а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 1.4 Порядка.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 1.4 Порядка) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в "Группировщике".

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.

1.5.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 1.4 данного Приложения) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике».

1.5.3. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие

оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 1.4 данного Приложения.

1.6. Оплата случая лечения по двум КСГ

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе 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 пунктом 1.4 Порядка основаниям.

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение.

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 в случае пребывания в отделении патологии беременности 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.

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

11. В случае выявления у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации в стационарных условиях по КСГ st36.049 "Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)" заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и оказания медицинской организацией, проводившей диспансеризацию в стационарных условиях, соответствующей медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При этом если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ проводится медико-экономическая экспертиза или, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

1.7. 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 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.

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

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, 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 лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, 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 обязательного медицинского страхования, 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.

1.8. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н. При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 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 субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых.

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 продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. 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 получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Стоимость КСГ, предусматривающих медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями центральной нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, рассчитана с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 1.4. Порядка.

Также, в целях учета случаев лечения с применением роботизированных систем учтены иные классификационные критерии, включающие, в том числе, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

В целях учета случаев лечения с применением ботулинического токсина предусмотрены иные классификационные критерии, соответствующие оценке по шкале реабилитационной маршрутизации в сочетании с применением ботулинического токсина.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении 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-ти 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).

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.

1.9. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа 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 только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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.

1.10. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

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».

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.011.

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

1.11. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены, в том числе, и 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, предусматривающее 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).

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).

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, количества 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.

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.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении № 48 к Тарифному соглашению, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований/иммуногистохимических исследований, позволяющих определить маркер (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

В целях организации учета объема и стоимости лекарственных препаратов, введенных конкретному пациенту при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, Федеральным фондом изменена структура реестра счета, позволяющая учитывать фактические затраты медицинской организации на оказание указанной медицинской помощи в реестрах счетов предусмотрено обязательное отражение информации об объеме лекарственного препарата, введенного пациенту, а также стоимости единицы действующего вещества лекарственного препарата (для лекарственных препаратов, примененных в схемах противоопухолевой лекарственной терапии в рамках оказания специализированной медицинской помощи с кодировкой "sh..." за исключением sh9003).

Использование ПЭТ КТ в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования осуществляется в амбулаторных условиях.

II. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, в амбулаторных условиях

2.1. Учету по ОМС подлежат:

- комплексное посещение для проведения профилактического медицинского осмотра;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации, в т. ч. для проведения углубленной диспансеризации;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- комплексное посещение для диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан;
- комплексное посещение школы для пациентов с хроническими заболеваниями, в т.ч. школы сахарного диабета, в т.ч. по поводу онкологических заболеваний, сахарного диабета, болезней системы кровообращения;

- комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья;
- посещения с иными целями;
- посещение по неотложной медицинской помощи;
- обращение в связи с заболеванием, в т.ч.: а) консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, б) консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;
- диагностические исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ, ОФКЭКТ/КТ/сцинтиграфия, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С).
- комплексное посещение для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов: а) пациентов с сахарным диабетом, б) пациентов с артериальной гипертензией;
- комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация».

2.1.1. Посещения с иными целями, в том числе посещения:

- а) разовые посещения в связи с заболеванием;
- б) связанные с получением справок, и иных медицинских документов и другими причинами выдачи;
- в) посещения центров амбулаторной онкологической помощи;
- г) для проведения II этапа диспансеризации;
- д) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием на фельдшерско-акушерских пунктах.

Медицинская помощь ветеранам боевых действий, указанным в абзацах втором и третьем подпункта "в" пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля 2023 г. № 232 "О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции "Защитники Отечества" (далее - участники специальной военной операции), оказывается во внеочередном порядке. ТФОМС РА ведет отдельный учет случаев оказания медицинской помощи участникам специальной военной операции в разрезе условий и форм ее оказания.

2.1.1.1. Посещения (в том числе и консультативные) пациентом в течение дня к одному и тому же врачу-специалисту или к разным врачам одной специальности, учитываются как одно посещение.

2.1.1.2. Консультативное посещение – случай направления пациента от одного специалиста к другому специалисту в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь более высокого уровня по поводу:

- уточнения диагноза при сложной патологии;
- с целью коррекции лечения в трудных, для курации, случаях;
- необходимость углубленного обследования, проведение которого невозможно в условиях направляющей медицинской организации;
- отсутствие эффекта от лечения;
- отсутствие возможности проведения лечения в соответствии со стандартами, протоколами лечения, методическими рекомендациями, утвержденными Минздравом Российской Федерации, в условиях направляющей медицинской организации;
- подтверждение наличия у пациента заболевания и (или) состояния, требующего применения высокотехнологичной медицинской помощи;
- конфликтная ситуация.

2.1.1.2.1. Направление должно содержать предварительный диагноз, цель направления и результаты обследований, необходимых для диагностики данного заболевания в объеме возможностей направившей медицинской организации.

2.1.1.2.2. В случае отсутствия в медицинской организации врача соответствующей специальности, направление на консультацию может быть оформлено участковым врачом-терапевтом, участковым врачом-педиатром или врачом общей практики и заверено руководителем учреждения или его заместителем.

2.1.1.2.3. По завершению приема пациенту выдается на руки «Заключение консультанта», содержащее необходимую для направившей медицинской организации информацию.

2.1.1.2.4. Оплата за консультативный прием, производится медицинским организациям, имеющим тарифы консультативного приема, установленные Тарифным соглашением.

2.1.1.2.5. Проведение телемедицинских консультаций организуется в соответствии с приказом МЗ РФ от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

1. Вне подушевого финансирования (за единицу объема медицинской помощи):

- при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей за исключением дистанционного взаимодействия медицинских работников внутри одной медицинской организации;
- при оплате телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- при оплате телемедицинских консультаций жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- при оплате телемедицинских консультаций по профилю медицинской помощи, исключенному из подушевого финансирования.

2. В рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено застрахованное лицо, при оплате телемедицинских консультаций, не указанных в пункте 1 настоящего раздела.

Средства за оказанную медицинскую помощь при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, направляются в медицинскую организацию, запросившую указанную телемедицинскую консультацию.

Не подлежат оплате случаи проведения вышеперечисленных услуг в период лечения в стационарных условиях.

Однократный прием врачей в поликлиниках по поводу заболеваний оплачивается по стоимости посещения с иной целью.

Работа врачебных комиссий не оформляется отдельными медицинскими услугами, так как эти расходы уже учтены в тарифах профильных посещений.

2.1.1.4. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях сроки лечения у врачей разных специальностей могут пересекаться.

2.1.1.5. Все посещения с профилактической целью должны отражаться обязательно врачебной записью в полном объеме в первичной медицинской документации.

2.1.1.6. Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание и направил пациента к соответствующему специалисту для установления диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью.

2.1.2. Комплексные посещения при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (в том числе проведенные в выходные дни и проведенные мобильными медицинскими бригадами) в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- от 27.04.2021г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

- от 14.04.2025 г. № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы N 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030/о-Д/с, порядка ее заполнения»;

- от 21.04.2022г. № 275н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью»;

- от 14.04.2025г. № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы N 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения».

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации не включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи являются комплексные посещения.

Проведение углубленной диспансеризации застрахованных по ОМС лиц, перенесших новую короновирусную инфекцию (COVID-19), осуществляется в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения. Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н. Проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации. Проведение углубленной диспансеризации учитывается в общем объеме и стоимости диспансеризации, единицей измерения первого этапа является комплексное посещение.

2.1.2.1. Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации;
- 3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

2.1.2.2. Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В целях выявления ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18-39 лет - один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше - один раз в 3 года.

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

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации могут проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности мобильной медицинской бригады, предусмотренными Приложением № 10 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н.

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. *В этом случае стоимость такого профилактического медицинского осмотра или такой диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских вмешательств.*

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными и подлежат оплате 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.

Тарифы на проведение профилактических осмотров и на проведение диспансеризации дифференцируются в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения диспансеризации мобильных медицинских бригад.

Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется за единицу объема – обращение по заболеванию.

2.1.2.3. Проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья в целях выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности,

родов и послеродового периода репродуктивного, а также факторов риска их развития.

Первый этап диспансеризации включает:

а) у женщин:

прием (осмотр) врачом - акушером-гинекологом;

пальпацию молочных желез;

осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование;

микроскопическое исследование влагалищных мазков;

у женщин в возрасте 21 - 49 лет один раз в 5 лет - определение ДНК-вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом полимеразной цепной реакции. Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на вирус папилломы человека;

у женщин в возрасте 18 - 29 лет - проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

б) у мужчин - прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии - врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

3. Второй этап диспансеризации проводится по результатам первого этапа диспансеризации в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

а) у женщин:

в возрасте 30 - 49 лет - проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла;

ультразвуковое исследование молочных желез;

повторный прием (осмотр) врачом - акушером-гинекологом;

б) у мужчин:

спермограмму;

микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки;

повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии - врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

2.1.2.4. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации, определяющего порядок проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем исследований при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетних заболеваний (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Второй этап диспансеризации является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований, и (или) отсутствия необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

В целях персонифицированного учета каждого случая медицинская организация предоставляет отдельно реестр счета за проведенную диспансеризацию, содержащий соответствующий тариф на оплату диспансеризации.

Данные о прохождении диспансеризации вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка, медицинскую карту ребенка для дошкольных образовательных учреждений, общеобразовательных учреждений, образовательных учреждений начального профессионального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов или медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка и учетную форму № 030-Д/с/у-13 «Карта диспансеризации несовершеннолетнего»).

В случае проведения второго этапа диспансеризации счета реестры счетов должны включать все проведенные осмотры врачами-специалистами в рамках второго этапа.

Диспансеризация считается законченной (1 этап) в случае проведения осмотров всеми врачами-специалистами, в том числе врачом-психиатром, предусмотренных приказом Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 212н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Расходы на проведение осмотра врачом – психиатром, иммунодиагностику не включаются в структуру тарифа на оплату диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оплата осмотра врача – психиатра, иммунодиагностики осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований бюджета Республики Адыгея.

2.1.2.5. Диспансеризация детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью проводится в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации, определяющего порядок проведения диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в

приемную или патронажную семью, медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в два этапа.

Первый этап диспансеризации является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем исследований при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетних заболеваний (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Второй этап диспансеризации является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований, и (или) отсутствия необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

В целях персонифицированного учета каждого случая медицинская организация предоставляет отдельно реестр счета за проведенную диспансеризацию, содержащий соответствующий тариф на оплату диспансеризации.

Данные о прохождении диспансеризации вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка).

Медицинская организация, на основании результатов диспансеризации, внесенных в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), оформляет учетную форму № 030-Д/с/у-13 «Карта диспансеризации несовершеннолетнего» на каждого несовершеннолетнего, прошедшего диспансеризацию.

В случае проведения второго этапа диспансеризации реестры счетов должны включать все проведенные осмотры врачами-специалистами в рамках второго этапа.

Диспансеризация считается законченной (1 этап) в случае проведения осмотра всеми врачами-специалистами, в том числе врачом-психиатром, предусмотренным приказами Министерства здравоохранения РФ от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

Расходы на проведение осмотра врачом - психиатром не включаются в структуру тарифа на оплату диспансеризации за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оплата за посещение врача – психиатра осуществляется за счет средств бюджетных ассигнований бюджета Республики Адыгея.

2.1.2.6. Прохождение медицинских осмотров несовершеннолетними осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 211н «О Порядке

проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», определяющего Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (далее – Порядок).

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее - профилактические осмотры) проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

Медицинские осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем исследований (далее – Перечень исследований (I этап) при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в соответствии с Порядком.

Первый этап профилактического осмотра является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных в соответствующем Перечне исследований (I этап).

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования. *В этом случае стоимость такого профилактического медицинского осмотра или такой диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских вмешательств.*

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований (I этап), врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование (II этап).

Данные о проведении профилактического осмотра вносятся в историю развития ребенка и учетную форму №030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего».

2.1.2.7. Приемы врачей, осуществляемые в период и в рамках проведения всех видов диспансеризации или профилактических осмотров, оплате не подлежат, так как их стоимость входит в стоимость тарифа диспансеризации или профилактического осмотра.

2.1.2.7.1. При оформлении счета дата окончания диспансеризации или профилактического осмотра должна соответствовать дате осмотра врача, ответственного за проведение диспансеризации или профилактического осмотра.

2.1.2.8. Проведение диспансерного наблюдения за несовершеннолетними осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 192н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

2.1.3. Оплата посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение.

Методические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) для взрослых утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации О.М. Драпкиной.

В Тарифном соглашении установлены тарифы в разрезе медицинских услуг на оплату посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в зависимости от вида приема пациента (Приложение №56 к Тарифному соглашению).

Проведение групповых консультирования в центрах здоровья не предусмотрено, оплате за счет средств ОМС групповые консультации не подлежат.

В центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) оказываются медицинские услуги, направленные на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний (Приложение №56 к Тарифному соглашению).

При этом стоимость единицы объема формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг.

2.1.4. Проведение диспансерного наблюдения за взрослыми осуществляется в соответствии с требованиями приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», определяющего порядок проведения диспансерного наблюдения взрослого населения, и от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих

хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

Перечень заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при наличии которых устанавливается диспансерное наблюдение врачом-терапевтом, включая длительность и минимальную периодичность диспансерного наблюдения, определены в приложении к Порядку проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

При проведении диспансерного наблюдения учитываются рекомендации врачей-специалистов, содержащиеся в медицинской документации пациента, в том числе вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

- 1) установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 2) получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Диспансерное наблюдение осуществляют медицинские работники медицинской организации (структурного подразделения иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность), где пациент получает первичную медико-санитарную помощь:

- 1) врач-терапевт (врач-терапевт участковый, врач общей практики (семейный врач) (далее - врач-терапевт);
- 2) врачи-специалисты (по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний);
- 3) врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;
- 4) фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, в случае возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические

лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты» (далее - фельдшер, акушер пункта).

В случае, если пациент нуждается в диспансерном наблюдении врачом-специалистом по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, в которой пациент получает первичную медико-санитарную помощь, врач-терапевт организует консультацию пациента соответствующим врачом-специалистом другой медицинской организации, в том числе с применением телемедицинских технологий, и осуществляет диспансерное наблюдение по согласованию и с учетом рекомендаций этого врача-специалиста.

Врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшер, акушер пункта осуществляют диспансерное наблюдение за лицами, отнесенными по результатам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации ко II группе здоровья, имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», за исключением случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за лицами с отдельными заболеваниями или состояниями (группами заболеваний или состояний).

При проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) в рамках диспансерного наблюдения организуется проведение профилактического медицинского осмотра в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» лица, находящегося под диспансерным наблюдением.

Оплата диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений) не включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение.

Оплата комплексных посещений по поводу диспансерного наблюдения для онкологических пациентов осуществляется после завершения лечения, исключая контингент лиц, получающих консультативные и диагностические услуги:

- при подозрении на онкологическое заболевание;

- с подтвержденным диагнозом, находящихся на этапе обследования, получающих лечение и обследующихся в рамках межкурсового лечения, при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, или в рамках комплексного лечения после завершения хирургического или лучевого этапа и начала лечения противоопухолевой лекарственной терапии.

2.1.5. Медицинская помощь больным по школам для больных с хроническими заболеваниями, в том числе по школам сахарного диабета, оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях - за единицу объема.

Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

2.1.6. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом

Оплате за счет средств ОМС подлежит дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов для пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом, которое оказывается в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом МЗ РФ от 11.04.2025 № 193н.

Оплата медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения, который может не совпадать с календарным (например, месяцем дистанционного наблюдения может считаться период времени с 3 числа прошлого месяца по 2 число текущего месяца включительно).

Медицинская услуга	Число месяцев в году, которое в среднем пациент находится на дистанционном наблюдении
A02.12.002.002 "Дистанционное наблюдение за показателями артериального давления"	3,6299
A09.05.023.002 "Дистанционное наблюдение за показателями уровня глюкозы крови"	12,00

Результатом оказания дистанционного наблюдения в течение одного месяца является заключение по результатам 1 месяца дистанционного наблюдения, в том числе подписанное электронной цифровой подписью врача. Заключение должно содержать в том числе сведения о количестве проанализированных измерений, которые необходимы для проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Для указанных целей рекомендуется использовать СЭМД № 262 "Протокол по результатам дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом".

Случай дистанционного наблюдения пациента с артериальной гипертензией за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при

условии, что измерения передавались на программе "Подбор терапии" не менее чем за 15 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 30 измерений в месяц), на программе "Контроль терапии" - не менее чем за 8 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 16 измерений в месяц).

Случай дистанционного наблюдения пациента с сахарным диабетом за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались не менее чем за 75 % дней в месяц (в среднем не менее 22 дней) не менее чем 75 % измерений, предусмотренных клиническими рекомендациями для соответствующего типа сахарного диабета и применяемой сахароснижающей терапии.

Оплата неполных месяцев дистанционного наблюдения по тарифу, рассчитанному в зависимости от количества календарных дней, за которые передавались измерения, и (или) количества переданных измерений не осуществляется.

Особенности организации и оказания медицинской помощи по дистанционному наблюдению, а также критерии отбора пациентов для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования определяются ФГБУ "НМИЦ эндокринологии им. ак. И.И. Дедова" Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ "НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.1.7. Посещения в неотложной форме.

К посещениям учреждения здравоохранения при оказании неотложной медицинской помощи относятся:

- посещения кабинета неотложной медицинской помощи, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);

- оказание медицинской помощи в приемном отделении при первичном обращении без последующей госпитализации, при этом в случае оказания медицинской помощи разными врачами - специалистами одновременно при одном обращении в приемное отделение учету и оплате подлежит одно посещение;

- оказание медицинской помощи в травмпункте медицинской организации по профилю «травматология»;

- оказание медицинской помощи в отделении экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи).

К посещениям на дому при оказании неотложной медицинской помощи относятся:

- оказание неотложной медицинской помощи на дому при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний выездными бригадами, в состав которых входит врач общей практики, участковый врач - терапевт, врач – педиатр участковый, фельдшер кабинета, работающий в отделении/кабинете неотложной медицинской помощи, согласно графику дежурств.

2.1.8. Обращения по поводу заболевания:

Обращения по поводу заболевания к врачам любых специальностей, ведущих амбулаторный прием.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения в амбулаторных условиях у лечащего врача с кратностью не менее 2-х посещений по поводу одного заболевания.

Обращение по поводу одного заболевания, относящегося к одному классу МКБ-10, является завершенным при наступлении клинического исхода (улучшение, выздоровление) и (или) организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, в том числе в стационар дневного пребывания, перевод в другую медицинскую организацию, отказ от получения медицинской помощи, в том числе неявка пациента).

При проведении услуг диализа в амбулаторных условиях лечение 1 пациента в течение одного месяца учитывается как одно обращение (в среднем 13 услуг диализа, 12-14 в зависимости от календарного периода, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализа при перитонеальном диализе в течение месяца).

Учет обращений и посещений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 834н.

2.1.8.1. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться с использованием телемедицинских технологий.

2.1.9. Простые медицинские услуги, выраженные в условных единицах трудоемкости при оказании стоматологической медицинской помощи:

2.1.9.1. Оплата простой услуги, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), осуществляется по утвержденным тарифам за 1 условную единицу трудоемкости (УЕТ) при посещении стоматологических поликлиник (отделений, кабинетов), в том числе расположенных в районных поликлиниках и амбулаториях.

2.1.9.2. С целью унификации ведения учета стоматологической помощи, формирования отчетов и счетов на оплату используется Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи (Приложение № 50 к Тарифному соглашению), оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в

условных единицах трудоемкости (УЕТ) (далее – Классификатор), в котором указаны коды и наименование услуг, подлежащих оплате из средств обязательного медицинского страхования и количество УЕТ по каждому коду услуг. Счета формируются по кодам услуг, фактически оказанных пациентам, в том числе в период пребывания в дневных стационарах всех типов.

2.1.9.3. Подлежат оплате из средств обязательного медицинского страхования следующие случаи оказания специализированной стоматологической помощи:

при условии соответствия количества УЕТ в реестре количеству, установленному в Классификаторе для соответствующей услуги;

соответствия кодов выполненных услуг кодам, представленным в Классификаторе;

Для оплаты специализированной стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с иными целями, обращение по поводу заболевания и посещение в неотложной форме, стоимость которых определяется из количества, содержащегося в них УЕТ и стоимости 1-ой УЕТ, при этом число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 2,7, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 8,5 (Приложение № 15 к Тарифному соглашению).

2.1.9.4. При учете объема специализированной стоматологической помощи населению по ТПОМС учитываются как посещения (обращения), так и условные единицы трудоемкости (УЕТ).

2.1.9.5. Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость оказанных пациенту врачами-стоматологами и зубными врачами для достижения результата обращения за медицинской помощью стоматологических лечебно - диагностических услуг. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по тарифам с учетом УЕТ должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

2.2. Суммы, указанные в счетах, предъявленных медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и в реестре счетов за единицу объема медицинской помощи совпадать не должны. Контроль соответствия сумм счетов на оплату и реестров счетов не проводится.

2.3. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все выполненные единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.4. Оплата медицинских услуг в соответствии с перечнем, утвержденным Тарифным соглашением (Приложение № 25,26,29 к Тарифному соглашению), может осуществляться в рамках межучрежденческих расчетов.

2.5. При формировании счетов и реестров счетов медицинскими организациями используются коды медицинских услуг по тем видам медицинской деятельности и специальностям, по которым оказывается помощь в медицинской организации в соответствии с действующей лицензией (лицензиями).

2.6. Для учета случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и формирования счетов и реестров счетов используются сведения из «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (ф. № 025-1/у).

2.7. Записи лечащих врачей, врачей – консультантов в первичной медицинской документации оформляются последовательно в хронологическом порядке. В случаях оформления заключений врачей-специалистов на фирменных бланках, последние также фиксируются в медицинской документации в соответствии с хронологией лечебно-диагностического процесса.

2.8. При формировании реестров счетов за отчетный период медицинская организация учитывает законченные случаи оказания медицинской помощи на момент формирования реестров счетов, включающие все к ним относящиеся посещения и единичные посещения с лечебной или профилактической (иной) целью. Случай оказания медицинской помощи, не законченный на дату окончания отчетного месяца, формирования реестров счетов по оказанным медицинским услугам, учитывается при формировании счетов в следующем отчетном периоде.

2.8.1. Если случай оказания медицинской помощи длительный (при таких заболеваниях как: острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, травматологические заболевания, онкологические заболевания и др.), то при формировании реестров счетов данный случай лечения считается законченным за отчетный период, при этом статистический талон отдается на обработку в статистический отдел с записью – «продолжает болеть», эта же запись должна содержаться в полях счета «исход» и «результат». Оплата производится по тарифу законченного случая ежемесячно, до окончания лечения.

2.8.2. В реестре счетов каждый законченный случай представляется отдельно с указанием кода основного заболевания по действующей МКБ-10 или причины оказания медицинской помощи и количеством посещений, входящих в данный случай амбулаторного лечения.

2.8.3. Не подлежат учету как посещения врачей:

- обследования в рентгеновских кабинетах, УЗИ, лабораториях и т.д.;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебной комиссией (ВК);
- в поликлинике медицинская помощь с кодами диагнозов по МКБ-10: R00-R99 и Z00 – Z99 не подлежит оплате по способу оплаты - «за обращение» (законченный случай).

2.9. Оплата за проведение диагностических и лабораторных исследований (кроме тех, по которым установлены нормативы ТПОМС РА) пациентам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Адыгея и иных субъектов РФ, медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования по межучрежденческим расчетам.

2.10. Оплата диагностических и лабораторных исследований, проводимых в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам за диагностические и лабораторные исследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С).

Перечень тарифов на проведение отдельных диагностических и лабораторных исследований, п.2.9, п.2.10, в том числе средние тарифы для каждого метода исследования, представлены в Приложениях № 25 и № 26 к Тарифному соглашению.

2.10.1. Молекулярно-генетические исследования - это исследование биопсийного (операционного и/или диагностического) материала с применением одного теста для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Средний норматив финансовых затрат на 1 молекулярно-генетическое исследование, выполненное в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, включает:

- стоимость расходных материалов;
- расходы по получению материала;
- расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования;
- расходы на хранение образца.

По причине отсутствия возможности проведения молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Республики Адыгея, оплата молекулярно-генетических исследований, проведенных в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов.

2.10.2. Патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются с целью диагностики заболеваний, в том числе и онкологических заболеваний, с учетом требований стандартов медицинской помощи и клинических

При проведении пациенту прижизненного патолого-анатомического исследования в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов используются следующие критерии учета:

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

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

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

Все патологоанатомические исследования осуществляются в целях выявления заболеваний, в т.ч. онкологических, а также в целях подтверждения или уточнения диагноза заболевания.

2.10.3. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, на амбулаторно - поликлиническом приеме при наличии медицинских показаний.

2.10.4. Страховые медицинские организации принимают к оплате счета за услуги компьютерной томографии, включая позитронную эмиссионную томографию, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ только за амбулаторных пациентов. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.10.5. Порядок направления пациентов на проведение диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, в том числе ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) устанавливается приказом Министерства здравоохранения Республики Адыгея.

2.10.6. Учет диагностических исследований осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

2.10.7. При обследовании одного пациента одновременно (при одном обращении) несколькими различными методами диагностики, с выдачей отдельных врачебных заключений по каждому методу, каждое исследование учитывается и оплачивается отдельно.

2.10.7.1. В случае применения внутривенного контрастирования при обследовании одного пациента методом магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии (при одном обращении) несколькими различными методами диагностики, с выдачей отдельных врачебных заключений по каждому методу, каждое исследование учитывается и оплачивается, при этом, одно обследование оплачивается по тарифу за проведение исследования с применением внутривенного контрастирования, остальные обследования - по тарифу за проведение исследования (ий) без применения внутривенного контрастирования.

2.10.7.2. Обязательной экспертизе со стороны страховых медицинских организаций подлежат случаи пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре, в период которого проведены диагностические исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, УЗИ, ПЭТ-КТ – позитронно-эмиссионная томография и др.) по направлениям врачей амбулаторного приема.

По результатам проведенной страховой медицинской организацией экспертизы случай диагностического исследования, проведенного застрахованному лицу находящемуся на стационарном лечении отклоняется от оплаты в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи, утвержденным Приложением №51 к Тарифному соглашению.

Медицинская организация, в которой застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, возмещает медицинской организации, проводившей диагностическое исследование (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, УЗИ, ПЭТ-КТ, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), расходы на оказание медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов.

III. Оплата неотложной медицинской помощи

3.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, осуществляется по тарифам за посещение по неотложной помощи, принятым в рамках Тарифного соглашения.

3.2. Подлежат оплате случаи оказания неотложной медицинской помощи в поликлинике и на дому, организованные в часы работы медицинской организации, при выставлении в счете не более одного посещения:

- службой неотложной помощи (пункт, кабинет, отделение), созданной на базе амбулаторно-поликлинической службы МО;

- врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики, врачами-специалистами, фельдшерами участковыми;
- врачами-педиатрами, фельдшерами в дошкольных и общеобразовательных учреждениях.

3.3. Первое посещение лечащего врача (не дежурящего по неотложной помощи) на дому при острых заболеваниях или обострении хронических заболеваний, не требующих неотложного медицинского вмешательства, к случаям оказания медицинской помощи в неотложной форме не относится.

3.4. Посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме не входят в число посещений, формирующих обращение в связи с заболеванием, и подлежат оплате по установленным тарифам.

3.5. При оказании неотложной помощи заполняется учетная форма № 110/у «Карта вызова скорой медицинской помощи», утвержденная приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения) скорой медицинской помощи».

3.6. Прием врача в приемном отделении для оказания медицинской помощи без последующей госпитализации, с оформлением «Журнала регистрации амбулаторных больных», медицинской карты амбулаторных больных (ф. № 025/у), оформленной в приемном отделении медицинской организации, и талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплачивается по тарифу врача соответствующей специальности.

3.6.1. Оказание неотложной помощи в приемном отделении без динамического наблюдения - обязательное проведение лабораторных и (или) инструментальных методов исследования, медикаментозной терапии (при необходимости) без последующей госпитализации, с оформлением «Журнала учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф. №001/у), а также оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и медицинской карты неотложной помощи. Оплата производится в соответствии с тарифами, установленными в Приложении № 30 к Тарифному соглашению.

3.6.2. Единицей объема при оказании неотложной медицинской помощи в приемном отделении без динамического наблюдения является посещение.

IV. Способы оплаты медицинской помощи в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов

В случае отсутствия у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность, необходимого оборудования, специалистов, в части выполнения каких - либо работ (услуг), указанная медицинская организация заключает договор для проведения медицинских услуг с иными медицинскими организациями, имеющими лицензию, оборудование, специалистов на осуществление медицинской деятельности в части выполнения требуемых работ (услуг). Оплата за медицинские услуги, оказанные в рамках межучрежденческих расчетов (взаиморасчетов), может производиться с использованием двух моделей оплаты медицинской помощи:

через страховую медицинскую организацию (по тарифам, установленным тарифным соглашением);

в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации (далее – СМО). Оплата в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации осуществляется в случае направления в стороннюю медицинскую организацию для оказания медицинских услуг пациентам. Указанный случай оказания медицинской помощи может быть отражен в реестре счетов только направляющей медицинской организации. Оплата медицинской помощи в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации может осуществляться, в том числе, из средств, направленных страховой медицинской организацией медицинской организации-заказчику, отражающей указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов.

4.1. Межучрежденческие расчеты через страховую медицинскую организацию.

4.1.1. В систему межучрежденческих расчетов включаются медицинские организации – заказчики (далее – МО-заказчики) и медицинские организации – исполнители (далее – МО-исполнители).

МО-заказчики – медицинские организации любой формы собственности, участвующие в реализации ТП ОМС РА, как имеющие, так и не имеющие прикрепившихся лиц, оказывающие медицинскую помощь в любых условиях;

МО-исполнители – медицинские организации любой формы собственности, оказывающие медицинские услуги в рамках межучрежденческих расчетов, по направлениям, выданным поликлиническими отделениями медицинских организаций, а также стационарными отделениями при необходимости оказания пациенту услуг в рамках медицинской помощи в стационарных условиях.

В систему межучрежденческих расчетов не включена:

– медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях (оплата законченного случая по КСГ);

– медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара (оплата законченного случая по КСГ);

– скорая медицинская помощь;

– первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях амбулаторными медицинскими организациями;

– отдельные диагностические исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ,

ОФКЭКТ/КТ/сцинтиграфия, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), по направлениям медицинских организаций в амбулаторных условиях (случаи запланированного объема исследований, учитывая квотирование по МО-заказчикам – совместный приказ МЗ РА и ТФОМС РА от 05.02.2026г. № 104/26-ОД «Об организации проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2026 год»);

–медицинская реабилитация, оказываемая в амбулаторных условиях по комплексным тарифам.

4.1.2. В системе межучрежденческих расчетов принимается к оплате первичная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторных условиях по направлениям с точным указанием МО-заказчика, без формирования законченного случая по заболеванию с соответствующим отдельным учетом, в следующих ситуациях:

1) услуги по осмотрам специалистов, лабораторным и инструментальным методам диагностики, направляемые МО-заказчиком в рамках исполнения требований по случаям с применением комплексных тарифов:

–на оплату профилактических медицинских осмотров;

–на оплату профилактических осмотров несовершеннолетних;

–на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения, включая углубленную диспансеризацию;

–на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

–на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;

–на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.

–на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья.

Применяются услуги групп диагностических видов исследований:

– инфекционной иммунологии;

– бактериологических исследований;

– клинических и биохимических исследований;

– цитологические исследования;

– рентгенологические исследования без контрастирования;

– рентгенологические исследования с контрастированием;

–ультразвуковая диагностика без применения дуплексных (доплеровских) методов;

–ультразвуковая диагностика с проведением доплеровских (дуплексных) исследований;

- функциональные исследования сердечно-сосудистой системы;
- исследование функции внешнего дыхания;
- электроэнцефалография с видеомониторингом;
- эластометрия печени;

– отдельные диагностические исследования: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), по направлениям медицинских организаций в амбулаторных условиях в случае достижения запланированного объема исследований, учитывая квотирование по МО-заказчикам (совм. приказ МЗ РА и ТФОМС РА от 05.02.2026г. № 104/26-ОД «Об организации проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2026 год), возможно выполнение по превышающему объему с оплатой по межучрежденческим взаиморасчетам;

2) при необходимости проведения обследования пациента при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, дополнительно, кроме вышеуказанных, по направлению могут быть оказаны следующие услуги:

- КТ без контрастирования;
- КТ с контрастированием;
- МРТ диагностика с контрастированием;
- МРТ диагностика без контрастирования;
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопических диагностических исследований;
- прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного

(операционного) материала;

– тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

3) Патолого-анатомическое вскрытие умерших в условиях круглосуточного стационара медицинских организаций, не имеющих патолого-анатомического отделения.

4) Дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой (режим врач-врач).

4.1.3. В целях обеспечения прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации в соответствии с частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оформлении направления указывается МО-исполнитель.

4.1.4. Механизм оплаты оказанных услуг.

МО - исполнитель направляет в ТФОМС РА в электронном виде реестр счетов, включающий в себя персонифицированные сведения об оказанных

пациентам в отчетном периоде медицинских услугах с тарифами, установленными Тарифным соглашением в системе ОМС РА, с указанием информации о МО-заказчике, выдавшей направление. Реестры формируются в формате, совпадающем с форматом «I – файла» реестра об оказанной медицинской помощи в соответствии с порядком информационного взаимодействия. В наименовании файла используется следующая константа, обозначающая передаваемые данные - MU (Пример имени файла: **MUM010001S01004_24071.XML**). В файле персональных данных используется следующая константа, обозначающая передаваемые данные - LMU (Пример имени файла: **LMUM010001S01004_24071.XML**).

ТФОМС РА проводит формато-логический контроль.

СМО осуществляет оплату услуг на основании соответствующего акта межучрежденческих расчетов из сумм подушевого норматива финансирования МО, имеющих прикрепленное население, и из сумм финансирования МО, не имеющих прикрепленное население, за отчетный период в разрезе медицинских организаций, выдавших направление на проведение медицинских услуг. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-заказчика уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации-исполнителю, в которой были выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, по направлениям, выданным медицинской организацией - заказчиком.

4.1.5. Персонифицированная информация обо всех случаях оказания медицинской помощи, подлежащих оплате по взаиморасчетам, вместе с актами межучрежденческих расчетов в срок до 01 числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, в обязательном порядке направляется СМО в медицинские организации.

4.1.6. На основании полученной информации МО – заказчик *самостоятельно* проводит сверку с МО – исполнителем.

4.1.7. В случае выявления необоснованно предъявленных к оплате услуг МО - заказчик в течение 5 рабочих дней после получения актов межучрежденческих расчетов от СМО составляет претензию по форме и направляет ее МО – исполнителю. Дата направления подтверждается штампом о регистрации входящих документов МО-исполнителя, в случае отправки по защищенному каналу связи VipNet – извещением об отправке сообщения.

4.1.8. МО – исполнитель в течение 5 рабочих дней после получения претензии согласовывает ее, готовит и направляет протокол разногласий МО - заказчику. Дата получения и отправления подтверждается штампом о регистрации входящих и исходящих документов МО-исполнителя или МО - заказчика, в случае отправки по защищенному каналу связи VipNet – извещением о получении/отправке сообщения.

4.1.9. Если по истечении 5 рабочих дней от даты направления претензии от МО–исполнителя не получен ответ, - претензия МО - заказчика считается согласованной.

4.1.10. Если в течение 5 рабочих дней от даты направления претензии или протокола разногласий медицинские организации не могут прийти к

обоюдному согласию, МО-плательщик/МО - заказчик обращается в СМО с предоставлением претензии, протокола разногласий для проведения медико-экономической экспертизы.

4.1.11. СМО принимает к работе претензии с протоколами разногласий, в том числе, претензии, на которые не был получен ответ, в течение 1 месяца от даты направления информации в медицинские организации о случаях, подлежащих оплате по взаиморасчетам.

4.1.12. При выявлении необоснованного включения в реестры счетов случаев оказания медицинских услуг медицинской организацией-исполнителем, СМО производит соответствующий возврат ранее удержанных сумм МО – заказчику, снимая их с МО–исполнителя, в следующем расчетном периоде.

4.1.13. Не подлежат оплате СМО по отдельному тарифу из средств обязательного медицинского страхования следующие случаи:

- несоответствие кодов выполненных услуг кодам Номенклатуры медицинских услуг, представленным в Тарифном соглашении;
- диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре МО - исполнителя.

4.1.14. При выявлении нарушений в результате проведенной экспертизы СМО действует в соответствии с пунктом 4.1.12. данного раздела.

V. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

5.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) производится по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. Для лиц, застрахованных за пределами Республики Адыгея, оплата производится за вызов скорой медицинской помощи.

5.2. Оплата за оказание неотложной медицинской помощи ГБУЗ РА «Адыгейский республиканский центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф» во вне рабочее время для МО, оказывающих первичную медико – санитарную помощь, осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов на договорной основе.

5.3. При формировании реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, застрахованным в Республике Адыгея лицам, используются тарифы за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи.

5.4. Суммы, указанные в счетах, предъявленных медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на застрахованных лиц и в реестре счетов за единицу объема медицинской помощи совпадать не должны. Контроль соответствия сумм счетов на оплату и реестров счетов не проводится.

5.5. Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н, не предусмотрены положения по транспортировке тяжелых

пациентов между медицинскими организациями с использованием автомобилей скорой медицинской помощи.

В случае необходимости осуществления медицинской эвакуации пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, из медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий, медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, которая осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации).

5.6. Не подлежат оплате за счет средств ОМС вызова за медицинскую помощь в следующих случаях:

- не идентифицированным лицам (в том числе неопознанным);
- не застрахованным по ОМС лицам;
- безрезультатные вызовы: пациент не найден на месте; отказ от медицинской помощи; адрес не найден, указанный при вызове; ложный вызов (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), больной увезен до прибытия скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, вызов отменен;
- вызовы, при которых не оказывалась медицинская помощь, не проводился осмотр и не даны никакие рекомендации;
- вызовы, при которых выставлен диагноз по МКБ-10: Z00-Z99.
- перевозка пациентов без оказания диагностической и лечебной медицинской помощи;
- дежурства бригад скорой медицинской на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях.

5.7. В случаях выставления в реестрах счетов, не подлежащих оплате вызовов, перечисленных выше, основанием для отказа/уменьшения в оплате медицинской помощи считать п. 1.4.4. – некорректное заполнение полей реестра счетов.