

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ
КАМЧАТСКОГО КРАЯ

683031, г. Петропавловск-Камчатский,
пр. Карла Маркса, 35
тел. (4152) 43-41-29, факс (4152) 43-41-23
office@kamtfoms.ru

№ 4-60 от 22.01.2021 г.
на № от

Главным врачам
медицинских организаций
(по списку)

Директору Камчатского филиала
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»
БОЛДЫШЕВСКОЙ А.Н.

Об изменении отдельных положений об оплате
медицинской помощи, оказанной в 2021 году

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Камчатского края в связи с подписанием Соглашения об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от 19.01.2021 № 1/2021 (далее – Соглашение № 1/2021) и принятием Порядка информационного взаимодействия при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае от 19.01.2021 № 1/2021 (далее – Порядок № 1/2021) сообщает следующее.

1. В Соглашении № 1/2021 предусмотрен **новый способ оплаты – по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, который применяется для оплаты медицинской помощи, оказанной в фельдшерском, фельдшерско-акушерском пункте.** В соответствии с приложениями 2.1 и 6.2 определен порядок формирования реестра по подушевому финансированию и установлен порядок расчета индивидуального коэффициента соответствия стоимости медицинской помощи, оказанной в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах медицинской организации. Файл, содержащий сведения о медицинской помощи, оказанной в фельдшерском, фельдшерско-акушерском пункте, формируется один общий на все фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, являющиеся структурными подразделениями соответствующей медицинской организации.

2. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования не включаются в реестр счета по подушевому нормативу только следующие случаи:

- случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- диагностические исследования в соответствии с п.3.3 Соглашения № 1/2021,
- посещения врача-терапевта перед вакцинацией от новой коронавирусной инфекции COVID-19 (в сочетании с кодом номенклатуры медицинских услуг «B04.047.004.005») – когда фактически проведена вакцинация;

- обращения по заболеванию, включающие проведение медицинской реабилитации детей с детским церебральным параличом;
- посещения по неотложной помощи (для подушевого норматива медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях).

Таким образом, профилактические осмотры, в том числе диспансеризация, центр здоровья, консультативные посещения, посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, услуги диализа входят в подушевой норматив финансирования.

3. При формировании реестров счетов на оплату стационарной медицинской помощи значение элемента «VER_KSG» = 2021.

Основными отличиями новой модели КСГ от модели КСГ 2020 года являются:

1) увеличение количества КСГ в стационарных условиях с 364 до 387 групп, в условиях дневного стационара – со 153 до 172 групп, в том числе за счет:

- увеличения количества КСГ для случаев лечения взрослых пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей, в том числе случаев лекарственной терапии, в стационарных условиях с 3 до 13 групп, в условиях дневного стационара – с 3 до 16 групп;

- увеличения количества КСГ для случаев проведения тромболитической терапии при инфаркте миокарда и легочной эмболии с 1 до 3 КСГ;

- увеличения количества КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» на 5 КСГ в стационарных условиях и на 4 КСГ в условиях дневного стационара;

- выделения КСГ для случаев лечения пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 и их долечивания (5 КСГ в стационарных условиях);

- выделения КСГ для случаев лечения лучевых повреждений вследствие проведения лучевой терапии (2 КСГ в стационарных условиях и 1 КСГ в условиях дневного стационара);

- выделения КСГ для случаев хирургического лечения больших и гигантских послеоперационных грыж брюшной стенки с реконструктивно-пластическим компонентом на брюшной стенке с имплантацией эндопротеза (1 КСГ в стационарных условиях);

- увеличения количества КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения с 1 до 4 КСГ в условиях дневного стационара.

2) пересмотр содержания и количества КСГ для случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей).

3.1. В отдельных КСГ выделены подгруппы:

1) в st02.003 «Родоразрешение» и st02.004 «Кесарево сечение» для подгруппы 2 уровня предусмотрен дополнительный классификационный критерий «str1» - оказание медицинской помощи в отделении (палате) интенсивной терапии акушерского стационара (отделения) новорожденным с

тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций, новорожденным с малой массой тела при рождении, недоношенностью, новорожденным с крайне малой массой тела при рождении, крайней незрелостью, новорожденным с геморрагическими и гемолитическими нарушениями. В связи с тем, что ранее применявшийся КСЛП не предусмотрен установленным с 2021 года Минздравом России перечнем;

2) в st12.015 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)» предусмотрены подуровни 1-3 в зависимости от наличия осложнения пневмонией, а также в зависимости от возраста (75+);

3) в st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» предусмотрены подуровни 1-3 в зависимости от длительности лечения.

3.2. Предусмотрен КСЛП_{геронтолог}, для применения которого необходимо выполнение следующих условий:

1. Возраст пациента 75 лет и старше;
2. Случай не относится к КСГ st38.001, КСГ st12.015.003;
3. Лечение не осуществляется на геронтологической профильной койке;
4. Проведена консультация врача-гериатра (в реестре указан код услуги В01.007.003).

3.3. КСЛП_{длит} применяется в отношении оплаты случаев сверхдлительной госпитализации сроком **свыше 70 дней**, обусловленным медицинскими показаниями. Размер КСЛП_{длит} ограничен **максимальным значением 1,8**.

КСЛП_{длит} не применяется к КСГ, объединяющим случаи лекарственной терапии злокачественных новообразований, лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

3.4. Для случаев, в отношении которых не предусмотрен КСЛП из перечня, установленного приложением 3.3 к Соглашению № 1/2021, значение КСЛП принимается равным 1.

3.5. В пункте 2.2.11 Соглашения № 1/2021 уточнена формулировка в отношении стационарных случаев до 24 часов:

«2.2.11. В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении круглосуточного стационара либо в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до 24 часов и при условии непроведения в указанный период времени хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, единицей объема является посещение.

Для оплаты медицинской помощи применяется соответствующий тариф посещения по неотложной медицинской помощи. Стоимость указанной медицинской помощи учитывается в общей стоимости неотложной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией.

В случае проведения в течение указанных 24 часов пребывания пациента в круглосуточном стационаре хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии оплата осуществляется по стоимости КСГ

круглосуточного стационара. Случай учитывается как прерванный случай стационарной помощи.»

4. При оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, предусмотрены отдельные тарифы:

- за посещение врача-терапевта перед вакцинацией от новой коронавирусной инфекции COVID-19 (в сочетании с кодом номенклатуры медицинских услуг «В04.047.004.005»). Указанный тариф может быть применен только к тем посещениям, **когда пациенту фактически проведена вакцинация.** В случае выявления противопоказаний к вакцинации по результатам осмотра врачом-терапевтом (код МКБ-10 Z28.0 - Иммунизация не проведена из-за медицинских противопоказаний) код услуги «В04.047.004.005» не указывается, и оплата осуществляется по тарифу посещения с иной целью в рамках подушевого финансирования;

- за посещение врача-эндоскописта в целях удаления полипов толстой кишки эндоскопического;

- за диспансерный прием (осмотр, консультацию) врача-онколога.

Соглашением № 1/2021 предусмотрено, что посещение по поводу диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включает в себя осмотр и консультацию врача, а также комплекс необходимых исследований. Дополнительно к стоимости посещения по поводу диспансерного наблюдения оплачиваются: проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

5. При формировании реестров счетов на оплату стоматологической медицинской помощи (по поводу заболевания) в сведениях о случае по одному пациенту значение элемента «ED_COL»=1 и соответствует 1 обращению по поводу заболевания (включает все посещения соответствующего пациента по поводу заболевания, в том числе посещение смотрового кабинета (при наличии)). Стоимость обращения по поводу заболевания складывается из стоимостей фактически выполненных комплексных услуг. Тариф за УЕТ не утверждается.

6. При оплате отдельных диагностических услуг в соответствии с п.3.3 Соглашения № 1/2021 предусмотрено:

1) тариф на патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала устанавливается на исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала, полученного от пациента в рамках одного посещения (обращения, госпитализации) по поводу одного заболевания, и включает все этапы и дополнительные методы исследования, назначенные врачом-патологоанатомом, за исключением иммуногистохимических тестов (PDL1, ALK, HER2) и молекулярно-

генетических исследований. Иммуногистохимические тесты (PDL1, ALK, HER2) и молекулярно-генетические исследования оплачиваются отдельно.

Оплате подлежат все патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала по тарифам, дифференцированным в зависимости от категории сложности (при оказании амбулаторной помощи оплата страховой медицинской организацией за счет средств ОМС, при оказании стационарной медицинской помощи и помощи в условиях дневного стационара – оплата страховой медицинской организацией за счет направившей организации). В направлении на исследование обязательно указывается признак подозрения на злокачественное новообразование (0 – при отсутствии подозрения на ЗНО, 1 – при выявлении подозрения на ЗНО).

2) Приложением 7 к Соглашению № 1/2021 предусмотрены тарифы на дополнительные диагностические услуги (без учета стоимости эндоскопического исследования), в том числе на биопсию под контролем эндоскопического исследования и другие услуги;

3) Приложением 8 к Соглашению № 1/2021 предусмотрены тарифы на услуги:

A09.05.009.001	Исследование С-реактивного белка ген.3
A09.05.009.002	Исследование уровня С-реактивного белка высокочувствительного в крови
A09.05.230	Исследование уровня цистатина С в крови
A09.05.572	Определение прокальцитонина
A09.05.599	Определения ИЛ6 (интерлейкин 6)
A09.05.508	Д-Димер

4) в Соглашении № 1/2021 не предусмотрено приложение с тарифами на медицинские услуги при оказании медицинской помощи в рамках реализации постановления Правительства РФ от 15.12.2018 г. № 1563 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, членам их семей и лицам, находящимся на их иждивении, медицинской помощи и обеспечения их санаторно-курортным лечением» в связи с тем, что Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования не вправе устанавливать тарифы на оплату медицинской помощи в рамках гражданско-правовых договоров между медицинскими организациями (Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС Минздрава России и ФФОМС).

7. Расчет размера штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, осуществляется исходя из среднего подушевого норматива финансирования:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и оплате её за единицу объема (способы оплаты 28, 29, 30), а также по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (способ

оплаты 25) размер среднего подушевого норматива устанавливается приложением 2.2 (показатель $\Phi\text{Оср}^{\text{амб}}$);

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации и оплате её по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (способ оплаты 36) размер среднего подушевого норматива устанавливается приложением 5.1 (показатель $\Phi\text{Оср}^{\text{смп}}$);

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания (способ оплаты 44) размер среднего подушевого норматива устанавливается приложением 6.1 (показатель $\Phi\text{Оср}^{\text{все виды}}$).

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара (способы оплаты 32, 33) размер подушевого норматива финансирования устанавливается территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Камчатского края на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (п.7.4 раздела 7).

Врио директора



Н.Н. Александрович