

## **Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров**

1. Способ оплаты законченного случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров на основе КСГ в сочетании с оплатой за отдельную медицинскую услугу (за исключением оплаты законченного случая лечения в стационарных условиях по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП (раздел I Приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382))

1.1. Тариф законченного случая лечения по КСГ определяется по следующей формуле:

$$T_{\text{сл}} = (\text{БС} * \text{КЗ}_{\text{КСГ}} * \text{ПК} * \text{КД}_{\text{РТ}}) + \sum \text{МУ} \text{ где:}$$

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров – базовая ставка (далее – базовая ставка);

$\text{КЗ}_{\text{КСГ}}$  – коэффициент относительной затратноёмкости по КСГ, к которой отнесен данный случай;

$\text{ПК}_{\text{сл}}$  – поправочный коэффициент оплаты для данного случая;

$\text{КД}_{\text{РТ}}$  – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования». Для Республики Татарстан  $\text{КД}_{\text{РТ}} = 1$ ;

$\sum \text{МУ}$  – оплата медицинской помощи за услугу при проведении услуг диализа с учетом применения различных методов. Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Базовые ставки при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров приведены в таблице 2 Приложения 1 к Размёру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблице 2 Приложения 2 к Размёру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и соответственно.

Поправочный коэффициент оплаты для конкретного случая рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$ПК = K_{усмо} * K_{слп}$ , где:

$K_{усмо}$  – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров медицинской организации;

$K_{слп}$  – коэффициент сложности лечения пациента.

Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи и коэффициенты сложности лечения пациента в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров приведены в таблицах 3, 4 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблицах 3, 4 Приложения 2 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи соответственно.

Для отдельных КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, указанных в таблицах 1, 1.1 Приложения 2 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС, коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации ( $K_{усмо}$ ) не применяется.

1.2. Перечень КСГ в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой медицинских услуг (далее – Номенклатура), утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н (в редакции приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2013 №794н), при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара приведены в таблице 1 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблице 1 Приложения 2 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и соответственно.

Перечень и тарифы услуг при проведении услуг диализа с учетом применения различных методов приведены в таблице 4 Приложения 5 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

1.3. При наличии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной клинико-статистической группе заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затроемкости. В ряде случаев отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10.

Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затроемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затроемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ 10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом относительной затроемкости.

Исключение составляют следующие комбинации КСГ, когда вышеизложенный принцип оплаты не применяется для КСГ в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров:

**Перечень КСГ в стационарных условиях, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза по МКБ 10 и услуги из Номенклатуры**

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
12	Операции на женских половых органах (уровень 2)	0,58	9	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов	0,89
11	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,39	10	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов	0,46
73	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)	0,84	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
74	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)	1,74	18	Воспалительные заболевания кишечника	2,01
154	Операции на органе зрения (уровень 1)	0,49	160	Болезни глаза	0,51
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	280	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,89
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,74	188	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,79
226	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)	1,2	223	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов	0,64
34	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)	0,97	225	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	0,67
237	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55	252	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани	0,66

**Перечень КСГ для дневных стационаров, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза по МКБ 10 и услуги из Номенклатуры**

Однозначный выбор при оказании услуги, входящей в КСГ			Однозначный выбор в отсутствие оказанной услуги		
№	Наименование КСГ, сформированной по услуге	КЗ	№	Наименование КСГ, сформированной по диагнозу	КЗ
3	Операции на женских половых органах (уровень 1)	0,71	1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83
88	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,75	80	Заболевания опорно-двигательного аппарата	1,05
101	Операции на органах полости рта (уровень 1)	0,92	74	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, дети	0,98

6	Искусственное прерывание беременности (аборт)	0,33	1	Осложнения беременности, родов, послеродового периода	0,83
---	---	------	---	---	------

1.4. В случае перевода пациента из круглосуточного стационара в дневной в пределах одной медицинской организации в целях соблюдения этапности оказания медицинской помощи (долечивания) по поводу заболеваний, отнесенных к одному классу МКБ-10, оплате подлежит один случай лечения – по стоимости КСГ в стационарных условиях с учетом общего срока госпитализации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Дата выписки пациента из круглосуточного стационара должна предшествовать дате поступления в дневной стационар.

При переводах в пределах одной медицинской организации и заболеваниях, относящихся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев, указанных в пункте 1.5.

1.5. Оплате подлежат оба случая лечения по соответствующим кодам КСГ:

- при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в случае, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс по МКБ-10, и если заболевание не является следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом дата перевода пациента из одного профильного отделения должна соответствовать дате поступления в другое профильное отделение;

- при переводе пациента с целью оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» из профильного отделения в специализированное реабилитационное отделение этой же медицинской организаций (при наличии установленного по кодам КСГ 300.1 – 308 в стационарных условиях и по кодам КСГ 111.1 – 118 в условиях дневного стационара планового задания);

- в случаях лечения, обусловленных патологией беременности продолжительностью 6 дней и более в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 №572 н (код КСГ в стационарных условиях № 2) с последующим родоразрешением (коды КСГ в стационарных условиях № 4, 5). В указанных ситуациях по КСГ первого случая указывается код результата обращения 104 «Переведен на другой профиль коек».

1.6. При переводе пациента из одной медицинской организации в другую, вне зависимости от условий оказания медицинской помощи, с заболеваниями, отнесенными к одной либо к разным КСГ, оплате подлежат оба случая лечения.

1.7. Оплата обоснованных сверхдлительных случаев госпитализации в стационарных условиях производится по законченному случаю по КСГ с применением соответствующего коэффициента сложности лечения пациента.

Критерием отнесения случая к сверхдлительным является нахождение в отделении круглосуточного стационара с непрерывным сроком свыше 30 дней (45

дней по перечню КСГ, приведенному в таблице 2 Приложения 2 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС).

В случае получения пациентом медицинской помощи в стационарных условиях при госпитализации в течение 2016 года и по состоянию на 31.12.2016 с длительностью госпитализации 180 календарных дней и более, случай считается условно законченным и подлежит оплате по правилам оплаты сверхдлительных сроков госпитализации за фактическое количество дней госпитализации с результатом обращения «109 – лечение продолжено». Последующее лечение подлежит оплате по правилам и тарифам, установленным на соответствующий календарный год.

Случаи лечения, превышающие 366 дней (при госпитализации пациентов до 01.01.2016) по состоянию на 31.12.2016, оплачиваются в объеме не более 366 дней за весь период лечения.

1.8. Коэффициент сложности лечения пациента устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи, приведенным в таблице 4 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Суммарное значение коэффициента сложности лечения пациента (далее – КСЛП<sub>сумм</sub>) при наличии нескольких критериев (за исключением сверхдлительных сроков госпитализации в стационарных условиях) определяется по формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное суммарное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

При сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней/45 дней по отдельным КСГ), обусловленных медицинскими показаниями, оплата производится с применением коэффициента сложности лечения пациента (Кслп), учитывающего компенсацию расходов на медикаменты и расходные материалы в основных (лечебных) отделениях, в отделении (палате) интенсивной терапии и реанимации, на питание больного и т.д. Значение коэффициента определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по формуле:

$$K_{\text{СЛП}} = 1 + \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} * K_{\text{ДЛ}}, \text{ где}$$

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, 45 дней по перечню КСГ согласно таблице 2 Приложения 2 к Способам оплаты;

Кдл - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание, и частично на другие статьи расходов, в размере 0,25.

1.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров по утвержденной стоимости законченного случая лечения заболевания в разрезе КСГ, производится по персонифицированным реестрам счетов в соответствии с утвержденной базовой ставкой финансирования в стационарных условиях или в условиях дневных стационаров и поправочными коэффициентами. В процессе расчета поправочного коэффициента оплаты случая по КСГ производится округление итогового значения до четырех знаков после запятой. В процессе расчета тарифа случая лечения по КСГ производится округление до целых копеек.

1.10. Стоимость законченного случая лечения по КСГ включает в себя стоимость оказания медицинской помощи в основных (лечебных) отделениях, в отделении (палате) интенсивной терапии и реанимации, диагностических инструментальных и лабораторных исследований, в т.ч. РКТ, МРТ, ангиографии, коронарографии и др., по всем видам затрат, предусмотренным по Территориальной программе ОМС.

1.11. Оплата законченного случая лечения по КСГ при нахождении больного на койке менее 4-х дней в стационарных условиях и условиях дневных стационаров (без учета исхода госпитализации) производится:

- в размере 50% от стоимости законченного случая по КСГ, определенной для данного больного, если основным классификационным критерием является диагноз в соответствии с МКБ-10;

- в размере 85% от стоимости законченного случая по КСГ, определенной для данного больного, если основным классификационным критерием является хирургическая операция и/или другой применяемый специальный метод лечения, сложная медицинская технология в соответствии с Номенклатурой.

Случаи оказания медицинской помощи по КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведенные в таблицах 3 и 3.1 приложения 2 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС, являются исключением и оплачиваются в размере 100% от стоимости законченного случая независимо от длительности лечения.

1.12 Оплата законченных случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация (КСГ 300.2, 301 и 302.2 в стационарных условиях и КСГ 111.2, 112.2 и 113.2 в условиях дневных стационаров) осуществляется при выполнении не менее трех дополнительных медицинских услуг, указанных по соответствующим КСГ в графе «МКБ2 / Услуга 2» таблице 1 Приложения 1 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи и таблице 1 Приложения 2 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

1.13. При проведении постоянной заместительной почечной терапии методом гемодиализа, оказываемого в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом, стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

При проведении постоянной заместительной почечной терапии методом гемодиализа, оказываемого в условиях дневных стационаров в соответствии с установленным плановым заданием в центрах (отделениях) гемодиализа пациентам

с диагнозом «хроническая почечная недостаточность», оплата производится по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ»<sup>1</sup>, при этом процедуры диализа оплачиваются с учетом их фактического количества дополнительно к случаю лечения по КСГ 41.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. При этом, в период лечения пациент обеспечивается 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 в порядке, изложенном в пункте 1 Приложения 6 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Татарстан.

В стационарных условиях по КСГ 112 «Почечная недостаточность», оплачиваются случаи лечения пациентов с острым и устойчивым нарушением функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек) и нуждающихся в проведении диализа, при этом кроме услуг диализа, оплачиваемых с учетом их фактического количества дополнительно к случаю лечения по КСГ 112, осуществляется комплексное лечение, направленное на профилактику осложнений диализа у данных пациентов, и/или проведение диагностических мероприятий, динамическое наблюдение за пациентом врачом специалистом или средним медицинским персоналом (в том числе измерение температуры тела, артериального давления, пульса и т.д.), с соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного и/или в температурном листе (форма 004/у), в листе врачебных назначений, где зафиксирована выдача пациентам лекарственных препаратов для продолжения лечения. К законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Тарифы услуг диализа приведены в таблице 4 Приложения 5 к Размору и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

1.14. Оплата случая лечения больных хроническим вирусным гепатитом С, получающих лечение в условии дневного стационара, осуществляется:

- по КСГ 22 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3» с указанием кода основного диагноза В18.2 «Хронический вирусный гепатит С»;

---

<sup>1</sup> при указании МКБ-Х Z49.1 «экстракорпоральный диализ» или Z49.2 «другой вид диализа» и одной из медицинских услуг:

- А25.28.001.001 «Назначение лекарственной терапии с применением препаратов железа, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

- А25.28.001.002 «Назначение лекарственной терапии с применением антианемических средств (стимуляторов эритропоэза), больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

- А25.28.001.003 «Назначение лекарственной терапии с применением антипаратиреоидных средств, больным находящимся на диализе»,

- А25.28.001.004 «Назначение лекарственной терапии с применением препаратов витамина D и его аналогов, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

- А25.28.001.005 «Назначение лекарственной терапии с применением аминокислот, включая комбинации с полипептидами, больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе»,

- А25.28.001.006 «Назначение лекарственной терапии с применением препаратов для лечения гиперкальциемии, гиперкалиемии и гиперфосфатемии больным с почечной недостаточностью, в том числе находящимся на диализе».

- по КСГ 23 «Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3»;

- по КСГ 24 «Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4».

Условием оплаты по данным КСГ является обязательное указание кода основного диагноза В18.2 «Хронический вирусный гепатит С» и одного из кодов сопутствующего диагноза К74.3 «Первичный билиарный цирроз», К74.4 «Вторичный билиарный цирроз», К74.5 «Билиарный цирроз неуточненный», К74.6 «Другой и неуточненный цирроз печени».

Кроме того, основным классификационным критерием отнесения случаев к КСГ 22-24 является указание кода медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой:

Код услуги	Наименование услуги
A25.14.004.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов <sup>2</sup> при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.004.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов <sup>4</sup> протеаз при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.004.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов <sup>4</sup> при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1
A25.14.005.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов <sup>4</sup> при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 2
A25.14.006.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов <sup>4</sup> при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 3
A25.14.007.001	Назначение лекарственной терапии с применением интерферонов <sup>4</sup> при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4
A25.14.007.002	Назначение лекарственной терапии с применением ингибиторов протеаз <sup>4</sup> при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4
A25.14.007.003	Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов <sup>4</sup> при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4

Учитывая длительный характер проводимого лечения, а также алгоритм проведения лабораторного мониторинга, оплата законченного случая лечения по указанным КСГ производится ежемесячно.

1.15. При оказании больному в период одной госпитализации медицинской помощи, оплачиваемой как на основе КСГ, так и по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП по перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной

---

<sup>2</sup> Название услуги включает наименование группы лекарственного препарата согласно анатомо-терапевтическо-химической (АТХ) классификации, диагноз (хронический гепатит В или С), для гепатита С – указание на генотип вируса. В медицинской организации при назначении конкретного лекарственного препарата определяется его принадлежность к АТХ-группе и выбирается соответствующая услуга для кодирования. Закодированная услуга в дальнейшем в комбинации с диагнозом служит критерием отнесения к КСГ 21-24 дневного стационара.

Например, применение препарата, который согласно АТХ-классификации относится к группе «Прочие противовирусные препараты», кодируется услугами А25.14.004.003 «Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 1» или А25.14.007.003 «Назначение лекарственной терапии с применением прочих противовирусных препаратов при хроническом вирусном гепатите С, генотип вируса 4».



постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382, оплате подлежит один случай лечения (вне зависимости от движения пациента по отделениям (профилям коек) по правилам, принятым в соответствии с пунктом 2 настоящего приложения.

В случае если пациенту оказана высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 (далее – видов ВМП ОМС), и модель пациента отличается от установленной в указанном перечне, - оплата производится в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, определенной по коду выполненного метода лечения, в порядке, изложенном в настоящем пункте. При этом размер тарифа на оплату медицинской помощи, рассчитанный по КСГ с учетом применения поправочных коэффициентов (за исключением коэффициента сложности лечения пациента), не может превышать норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП по соответствующему методу.

1.16. Случай повторной госпитализации пациента с одним и тем же диагнозом, входящим в одну рубрику МКБ-10, в течение 90 дней после выписки из стационара оплачивается по результатам экспертизы качества медицинской помощи (медико-экономической экспертизы). Исключение составляют следующие случаи:

- прогрессирование заболевания в силу индивидуальных особенностей течения патологического процесса или ухудшение состояния больного, обусловленное невыполнением пациентом рекомендаций при выписке, в том числе по лечению на амбулаторном этапе;
- госпитализация с целью соблюдения порядков оказания и (или) стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения);
- проведение в стационарных условиях медицинских вмешательств (медицинских услуг), которые невозможно провести на амбулаторном этапе.

1.17. В случае оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, пациентам, находящимся по решению суда на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, оплате подлежит случай лечения по КСГ при нахождении данных пациентов в медицинской организации, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС, и все койко-дни нахождения пациента в психиатрическом стационаре, включая койко-дни его нахождения в круглосуточном стационаре медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

1.18. Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам, поступившим в круглосуточные и дневные стационары до 1 января 2016 года, а выписавшимся в 2016 году, производится в объеме стоимости утвержденного планового задания на 2016 год в соответствии со способами оплаты и по тарифам, действующим на дату выписки.

2. Способ оплаты при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП по перечню видов ВМП Приложения (раздел I) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 №1382.

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров по нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи при оказании ВМП по перечню видов ВМП ОМС (далее – нормативы финансовых затрат) производится по персонализированным реестрам счетов по утвержденным в установленном порядке нормативам финансовых затрат перечня видов ВМП (содержащего в том числе методы лечения).

Нормативы финансовых затрат перечня видов ВМП (содержащего в том числе методы лечения) приведены в Приложении 3 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

2.2. При необходимости одному пациенту может быть оказано более одного вида ВМП (содержащего в том числе методы лечения) за счет средств ОМС, при этом:

- если пациенту оказано более одного метода лечения в пределах одного вида ВМП – оплате подлежит один случай оказания ВМП;

- если пациенту оказано более одного метода лечения, относящегося к разным видам ВМП – оплате подлежит количество случаев оказания ВМП, равное количеству оказанных видов ВМП.

Все виды ВМП ОМС (содержащие в том числе методы лечения) указываются в законченном случае лечения в одной позиции реестра счета.