Приложение №2

к Тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2024 год

**Порядок применения способов оплаты медицинской помощи**

**I. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

**Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее ‑ молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации** **и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, средств на оплату диспансерного наблюдения, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи (далее – подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи).**

1.Подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи включает в себя:

1.1. оказание первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, средств на оплату диспансерного наблюдения и финансового обеспечения фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, включая дистанционное наблюдение за показателями артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска развития сердечно - сосудистых осложнений.

1.2. проведение осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования);

1.3. проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи (в части заболеваний, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования) при первоначальной постановке граждан на воинский учет, при призыве на военную службу, при поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, при поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, при призыве на военные сборы, при направлении на альтернативную гражданскую службу (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования);

1.4. проведение медицинских осмотров несовершеннолетних в связи с занятиями физической культурой и спортом;

1.5. оказание медицинской помощи средним медицинским персоналом (фельдшером, акушеркой) при возложении на него руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения (за исключением оказанной медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «акушерское дело»);

1.6. проведение медицинского осмотра и, при необходимости, медицинского обследования перед профилактическими прививками при осуществлении иммунопрофилактики, а также оказания медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, при возникновении поствакцинальных осложнений;

1.7. медицинскую помощь при дистанционном взаимодействии медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с пациентами и (или) их законными представителями в рамках динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями;

1.8. медицинскую помощь, оказанную мобильными медицинскими бригадами (за исключением медицинской помощи, оказанной по стоматологическому профилю и при проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации);

1.9. посещение Центров здоровья с целью динамического наблюдения;

1.10. проведение диспансерного наблюдения взрослого населения и детей в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи с хроническими неинфекционными заболеваниями и с высоким риском их развития, за исключением диспансерного наблюдения отдельных категорий взрослого населения, осуществляемого в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 года №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – приказ МЗ РФ №168н);

1.11. медицинская помощь, оказанная в центрах амбулаторной онкологической помощи в рамках посещения с профилактической целью (цель посещения – посещение с иными целями);

1.12. прием (осмотр) врачом терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики),  рентгенографию органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года), проводимые в рамках первого этапа углубленной диспансеризации;

1.13. тестирование на выявление респираторных вирусных заболеваний, включая грипп.

Оплата тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний, включая грипп, в рамках межтерриториальных и межучрежденческих расчетов осуществляется по тарифам, утвержденным Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Оплата первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»осуществляется по отдельному подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в дополнение к применяемому в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования способу оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением стоматологической медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, стоматологической помощи при использовании мобильного лечебно-профилактического комплекса «стоматология», стоматологической медицинской помощи, оказываемой МО, не имеющими прикрепленного населения, стоматологической помощи по специальности «ортодонтия» (детский прием), стоматологической медицинской помощи застрахованным лицам, не имеющим прикрепления к МО, стоматологической медицинской помощи при условии применения общего обезболивания).

2.1. Маршрутизация пациентов при оказании стоматологической медицинской осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 09 декабря 2021 года № 2006 «О маршрутизации населения при оказании медицинской помощи по профилю «стоматология» на территории Республики Карелия», приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 21 марта 2023 года №460/МЗ-П «Об организации в Республике Карелия первичной медико-санитарной помощи стоматологического профиля под общим обезболиванием».

2.2. Оплата стоматологической медицинской помощи включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс на основе стандартов оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, включая наркоз, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и т.д.).

2.3. При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи учитываются как посещения с профилактической и иными целями, так и обращения в связи с заболеваниями.

2.4. Оказание стоматологической помощи в амбулаторных условиях должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно обращение.

2.5. Определение количества УЕТ при оказании стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ (**Приложение № 21)** к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

2.7. Оплата за медицинскую помощь по стоматологическому профилю, оказанную пациентам, прикрепленным к иным медицинским организациям, осуществляется в рамках межучережденческих расчетов.

2.8. Оплата стоматологической медицинской помощи при условии применения общего обезболивания осуществляется по тарифам и количеству УЕТ в соответствии с приложением №7 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Сверка численности прикрепленного населения, в том числе по профилю «стоматология» и «акушерство и гинекология», по состоянию на 1 число каждого месяца осуществляется СМО с МО в соответствии с соглашением об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия, утвержденным на 2024 год.

4. Расчет размеров финансового обеспечения медицинской организации осуществляется ежемесячно исходя из фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи для медицинской организации и среднемесячного количества прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования   
для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа  и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; |
|  | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи при расчете значений коэффициентов половозрастного состава учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и численности застрахованных лиц за данный период, и установлены Приложением №4 настоящему Тарифному соглашению.

При расчете коэффициентов уровня расходов медицинских организаций учитываются расходы, связанные с содержанием медицинской организации. При расчете медицинские организации объединяются в группы, а при расчете дифференцированного подушевого норматива используются значения для соответствующей группы медицинских организаций.

При расчете коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия, учитываются значения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников к показателям «дорожной карты».

применяется в отношении медицинских организаций с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек.

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц такой медицинской организации, с учетом расходов на ее содержание и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации   
в размере:

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих   
до 20 тысяч человек, – не менее 1,113;

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного   
по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к объему средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (ФДПн) рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, а также коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа   
и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; коэффициенты половозрастного состава; коэффициенты уровня расходов медицинских организаций; коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия; коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливаются в Приложении №6 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ МЗСР РФ от 15.05.2012 № 543н), составляет в среднем на 2024 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9тыс. рублей.

При расчете размеров финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в Республике Карелия применяются коэффициенты дифференциации, рассчитанные в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

5.1. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов, обслуживающих менее 100 жителей, определяется, с учетом применения понижающего поправочного коэффициента (коэффициента уровня) в размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

5.2.Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

5.3. В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными приказом МЗСР РФ от 15.05.2012 № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта; |
|  | размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года; |
|  | количество месяцев, оставшихся до конца календарного года. |

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

5.5. При несоответствии фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов требованиям приказа МЗСР РФ от 15.05.2012 № 543н к размеру финансового обеспечения применяется коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

5.6. В каждой модели фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в зависимости от числа обслуживаемого населения и нормативов штатной численности устанавливается коэффициент специфики оказания медицинской помощи с пошаговым расчетом по 0,25 ставки.

5.7. При условии несоответствия кадрового обеспечения Положению размер коэффициентов специфики оказания медицинской помощи представлен в таблице:

| Наименование | Модели ФП/ФАП,  обслуживающих население | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| от 100 до 900 чел. | от 900 до 1500 чел. | от 1500 до 2000 чел. |  |
| Норматив штатных должностей медицинских работников (фельдшер, акушерка, санитар) | 1,5 | 3 | 3,5 |  |
| Коэффициент специфики оказания медицинской помощипри несоответствии кадрового обеспечения: |  |  |  |  |
| - на 3,5 штатные единицы |  |  | 0,24 |  |
| - на 3,25 штатные единицы |  |  | 0,30 |  |
| - на 3 штатные единицы |  | 0,27 | 0,35 |  |
| - на 2,75 штатные единицы |  | 0,33 | 0,40 |  |
| - на 2,5 штатные единицы |  | 0,39 | 0,46 |  |
| - на 2,25 штатные единицы |  | 0,45 | 0,51 |  |
| - на 2 штатные единицы |  | 0,51 | 0,57 |  |
| - на 1,75 штатные единицы |  | 0,57 | 0,62 |  |
| - на 1,5 штатные единицы | 0,42 | 0,64 | 0,68 |  |
| - на 1,25 штатные единицы | 0,52 | 0,70 | 0,73 |  |
| - на 1 штатную единицу | 0,61 | 0,76 | 0,78 |  |
| - на 0,75 штатных единиц | 0,71 | 0,82 | 0,84 |  |
| - на 0,5 штатных единиц | 0,81 | 0,88 | 0,89 |  |
| - на 0,25 штатных единиц | 0,90 | 0,94 | 0,95 |  |

5.8. Для подтверждения размера финансового обеспечения, установленного Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинская организация ежеквартально по состоянию на пятое число месяца, следующего за отчетным, предоставляет в ГУ ТФОМС РК информацию о наличии ФП, ФАП и соответствие их требованиям, установленным приказом № 543н.

За достоверность и полноту предоставленных сведений руководители медицинских организаций несут персональную ответственность.

5.9. В случае изменения сведений актуальная информация о перечне фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов со сведениями о численности обслуживаемого населения, наличии лицензии и штатной численности персонала направляется в Комиссию по разработке Территориальной программы ОМС.

6.Расчет размеров финансового обеспечения медицинской организации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» осуществляется ежемесячно исходя из фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» для медицинской организации и среднемесячного количества прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц по профилю «Стоматология».

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования   
на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» (), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи по профилю «Стоматология» по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа  и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; |
|  | коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации. |

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного   
по дифференцированным подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология», к объему средств на оплату медицинской помощи на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» (ФДПн) рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология»для i-той медицинской организации, рублей. |

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология», а также коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа   
и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; коэффициенты половозрастного состава; коэффициенты уровня расходов медицинских организаций; коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия; коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи устанавливаются в Приложении №15 к настоящему Тарифному соглашению.

**Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи- за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)**

7. Финансовое обеспечение расходов отдельных медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, медицинской помощи, оказанной в рамках межтерриториальных и межучрежденческих расходов, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

8. При этом, оплата первичной медико-санитарной помощи производится по тарифам за посещение с профилактической и иными целями, обращение по поводу заболевания, по количеству УЕТ для оплаты стоматологической медицинской помощи, комплексное посещение и медицинскую услугу.

9. По установленным тарифам за единицу объема медицинской помощи **посещение и обращение** (**Приложение № 7** к настоящему Тарифному соглашению) оплачиваются следующие виды медицинской помощи, оказанной врачами и средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием:

9.1. медицинская помощь, оказанная врачами–специалистами медицинских организаций, включенных в Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц (**Приложение № 1** к настоящему Тарифному соглашению);

9.2. медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях по профилям «акушерство и гинекология» и «акушерское дело»;

9.3. медицинская помощь по профилю «ортопедия и травматология», оказанная в травматологических круглосуточных пунктах ГБУЗ РК «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» и ГБУЗ РК «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи»;

9.4. стоматологическая медицинская помощь при использовании мобильного лечебно-профилактического комплекса «стоматология»; стоматологической медицинской помощи, оказываемой МО, не имеющими прикрепленного населения; при оказании медицинской помощи врачами-ортодонтами согласно приложению № 21 к настоящему Тарифному соглашению;

9.5. неотложная медицинская помощь;

# 9.6. медицинская помощь, оказываемая следующими врачами-специалистами медицинских организаций 3 уровня за исключением Прионежского филиала ГБУЗ РК «Республиканская больница им.В.А.Баранова»:

- взрослое население (18 лет и старше): гематолог (код специальности –9), кардиолог-аритмолог (код специальности кардиолог - 25), нейрохирург (код специальности – 36), сурдолог-отоларинголог (код специальности – 75), сердечно-сосудистый хирург (код специальности – 65), торакальный хирург (код специальности – 78), челюстно-лицевой хирург (код специальности – 91);

- детское население (до 18 лет): детский кардиолог (код специальности – 18); аллерголог (код специальности аллерголог – иммунолог – 3), пульмонолог (код специальности – 55), детский эндокринолог (код специальности – 22), офтальмолог кабинета охраны зрения (код специальности офтальмолог– 46), детский онколог (код специальности – 19), акушер – гинеколог (код специальности – 2), детский уролог (код специальности детская урология – андрология – 20), нейрохирург (код специальности – 36), нефролог (код специальности – 38);

- врачами-специалистами республиканских центров: аллерголог (код специальности аллерголог – иммунолог – 3), пульмонолог (код специальности – 55), эндокринолог (код специальности – 92), офтальмолог (код специальности – 46), хирург (код специальности – 90), невролог (код специальности – 35);

9.7. медицинская помощь, оказываемая новорожденному со дня рождения до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации факта рождения;

9.8. медицинская помощь, оказанная в центрах амбулаторной онкологической помощи в рамках обращения по заболеванию;

9.9. реабилитации в амбулаторных условиях (3 этап) оплачивается по тарифу за единицу объема - комплексное посещение (цель - обращение по поводу заболевания);

9.10. оплата по тарифу в рамках подготовки к ЭКО (цель - обращение по поводу заболевания) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия;

9.11. диспансерное наблюдение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, осуществляемое в соответствии с приказом МЗ РФ №168н. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение;

9.12. медицинская помощь, оказанная определенным группам взрослого застрахованного населения в рамках проведения 1 и 2 этапов диспансеризации, в том числе при проведении углубленной диспансеризации;

9.13. медицинская помощь, оказанная детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в рамках проведения 1 и 2 этапов диспансеризации;

9.14. медицинская помощь, оказанная детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в том числе усыновленным (удочеренным), принятым под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в рамках проведения 1 и 2 этапов диспансеризации;

9.15. медицинская помощь, оказанная взрослому застрахованному населению в рамках проведения профилактических медицинских осмотров;

9.16. медицинская помощь, оказанная несовершеннолетним в рамках проведения 1 и 2 этапов профилактических медицинских осмотров;

9.17. посещение к врачу неврологу и кардиологу в кабинете катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией с обязательным выполнением комплекса исследований по тарифу, установленному приложением №7 к настоящему Тарифному соглашению;

9.18. посещение к врачу пульмонологу Респираторного центра ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» с обязательным проведением комплексного исследования функции внешнего дыхания;

9.19. посещение школы сахарного диабета.

Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля по тарифу установленному Приложением №8 к настоящему Тарифному соглашению.

9.20. Консультативная медицинская помощь, оказанная врачами-специалистами ГБУЗ «Республиканская больница им.В.А. Баранова» при выездной деятельности оплачивается по тарифу в соответствии с Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению в рамках межучрежденческих расчетов.

Маршрутизация оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе с направлением или без направления из медицинской организации по месту оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи, а также по направлениям комиссии по постановке граждан на воинский учет, призывной комиссии или начальника отдела военного комиссариата, регулируются приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия.

**10. Оплата по тарифу за обращение (законченный случай) может осуществляться** при обращении по поводу заболевания.

10.1. Обращение по поводу заболевания (законченный случай) в амбулаторных условиях подлежит оплате при не менее двух посещениях по поводу одного заболевания (травмы или иного состояния) врачей одной специальности или медицинскому работнику, имеющему среднее медицинское образование, ведущему самостоятельный прием.

10.2. Оплата за обращение в связи с заболеванием включает расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями и Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (в том числе оперативные пособия, выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, лабораторные, в том числе прижизненные гистологические и цитологические исследования, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, доабортное консультирование беременных женщин и т.д. (за исключением диализа)).

10.3. Если в рамках законченного случая лечения заболевания в соответствии со стандартами (протоколами), клиническими рекомендациями были выполнены разовые посещения пациента к врачам других специальностей или медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, указанные посещения отдельно не оплачиваются, но учитываются как выполненные медицинские услуги.

10.4. Случаи при тяжелом течении заболевания (тяжелой сочетанной патологии) с длительностью амбулаторного лечения более 60 календарных дней, подтвержденной заключением Врачебной комиссии МО, каждые 60 дней определяются как условно законченные и оплачиваются согласно стоимости обращения (законченного случая).

10.5. Оплата медицинской помощи в приемном отделении Регионального и Первичных сосудистых центров в случаях оказания медицинской помощи пациентам в возрасте 18 лет и старше с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения или острый коронарный синдром, не требующих последующей госпитализации в Региональный и Первичный сосудистый центр, осуществляется по тарифу обращения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Одновременно при выполнении по неотложным показаниям в приемном отделении сосудистых центров ультразвуковых исследований брюшной полости, выполненных по неотложным показаниям, согласно перечню кодов медицинских услуг, утвержденных тарифным соглашением **(Приложение № 8** к настоящему Тарифному соглашению**)**, дополнительно осуществляется оплата услуги по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу. Оплата других отдельных диагностических исследований, выполненных в приемном отделении при оказании неотложной медицинской помощи, не предусмотрена.

**11. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме** относятся посещения врачей или медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

11.1. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

11.2. Посещения в связи с оказанием неотложной помощи не входят в обращение по поводу заболевания и подлежат оплате при условии выполнения мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния.

11.3. Посещения для оказания медицинской помощи при отсутствии выполнения мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния, а также посещения лиц, обратившихся повторно по одному и тому же заболеванию с признаками неотложных состояний в течение трех дней от момента первичного посещения с неотложной целью, следует относить к обращению по поводу заболевания или разовому посещению в связи с заболеванием.

11.4. Неотложная стоматологическая помощь, оказываемая врачами и средним медицинским персоналом пациентам, получающим медицинскую помощь в стационаре круглосуточного пребывания, подлежит оплате в полном объеме по тарифам, утвержденным **Приложением № 7** к настоящему Тарифному соглашению.

11.5. Оплата неотложной стоматологической помощи по тарифу в ночное время осуществляется в случае, если помощь оказана в период с 22.00 часов до 06.00 часов.

11.6. Оплата медицинской помощи в приемном отделении стационарной МО в случаях, не требующих последующей госпитализации в данную МО осуществляется по тарифу неотложной медицинской помощи, оказываемой в приемном отделении (**Приложение № 7** к настоящему тарифному соглашению).

Одновременно при оказании в приемном отделении ультразвуковых исследований брюшной полости, выполненных по неотложным показаниям, согласно перечню кодов медицинских услуг, утвержденных тарифным соглашением (**Приложение № 8** к настоящему Тарифному соглашению), дополнительно осуществляется оплата услуги по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу. Оплата других отдельных диагностических исследований, выполненных в приемном отделении, при оказании неотложной медицинской помощи, не предусмотрена.

11.7. Не подлежат оплате услуги, оказанные в приемном отделении, в случае госпитализации пациента в круглосуточный стационар данной МО в течение 24 часов от момента оказания медицинской помощи в приемном отделении по неотложным показаниям в связи с заболеванием, послужившим поводом для госпитализации.

**12. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры взрослого населения.**

12.1. Оплата профилактических медицинских осмотров, и диспансеризации взрослого населения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) по тарифам, установленным Приложением № 9 к Тарифному соглашению, в соответствии с объемом медицинских исследований, установленных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее - приказ МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н).

12.2. Порядок взаимодействия при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий устанавливается межведомственным соглашением о взаимодействии медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, ГУ ТФОМС РК, Министерства здравоохранения Республики Карелия при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

12.3. **Профилактический медицинский осмотр** взрослого населения проводится 1 раз в год, начиная с достижения возраста 18 лет.

12.4. **Диспансеризация взрослого населения проводится** 1 раз в 3 года в возрастные периоды с 18 лет до 39 лет включительно, и ежегодно в возрасте 40 лет и старше, предусмотренные приказом МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н, за исключением отдельных категорий граждан, диспансеризация которых проводится ежегодно вне зависимости от возраста, а именно:

1) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

2) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда», лиц, награжденных знаком «Житель осажденного Севастополя» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

3) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий).

4) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста, и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

12.5. Годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста, при этом дата начала и дата окончания диспансеризации должны соответствовать одному календарному году.

12.6. При диспансеризации в рамках первичной медико-санитарной помощи случай считается законченным, если гражданину проведено обследование и даны необходимые рекомендации, т.е. выполнены мероприятия, определенные нормативными документами.

12.7. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с [приложением №](#P3335) 1 к порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом МЗ РФ от 27.07.2021 № 404н.

12.8. В результатах профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации могут быть учтены результаты диагностических исследований, выполненных в медицинских организациях любой формы собственности, в случае если они отражены в первичной медицинской документации медицинской организации, которая проводит профилактические мероприятия.

12.9. МО обеспечивают организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют гражданам возможность дистанционной записи на медицинские исследования.

12.10. Необходимым предварительным условием проведения профилактического осмотра и диспансеризации является дача застрахованным информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

12.11. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, в том числе в вечерние часы и субботу.

12.12. Оплата 2 этапа диспансеризации взрослого населения осуществляется по тарифу, установленному Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

12.13. 2 этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, установленных для 2 этапа в соответствии с приказом (МЗ РФ от 27.07.2021 № 404н.

12.14. Не подлежит одновременной оплате проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического осмотра в течение одного календарного года.

12.15. Отказ пациента от проведения второго этапа диспансеризации подлежит обязательному оформлению в первичной медицинской документации и в реестрах на оплату в соответствии с межведомственным соглашением.

12.16. Тариф выходного дня применяется если начало и/или завершение профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации осуществляется в выходной день.

13. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью и профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.

13.1. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, проводится ежегодно, но не более одного раза в календарном году в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», 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».

13.2. Профилактические осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее – приказ МЗ РФ от 10.08.2017 № 514н).

13.3. Профилактические осмотры несовершеннолетних и диспансеризация проводятся в 2 этапа. Первый этап может проводиться мобильными медицинскими бригадами.

13.4. Законченный случай 1 этапа диспансеризации указанных категорий детей подлежит оплате при выполнении 100% от объема обследования.

13.5. Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 1 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом МЗ РФ от 10.08.2017 № 514н (ред. от 13.06.2019 №396н).

13.6 Оплата профилактических медицинских осмотров, и диспансеризации несовершеннолетних осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

13.7. Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном [перечнем](#P117) исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе в вечерние часы и субботу.

13.8. При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), выполненные в том числе в других медицинских организацияхи/или оплаченные ранее, 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.

13.9. В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках I или II этапов профилактического осмотра, оформленного в соответствии с законодательством, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований.

13.10. Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

13.11. Профилактические осмотры новорожденных в возрасте до 29 дней учитываются как один законченный случай.

13.12. Оплата 1 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью и 1 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется по тарифу выходного дня, если начало и/или завершение первого этапа профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации осуществляется в выходной день.

13.13. Оплата 2 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью и 2 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется по тарифу, установленному Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

**14. Диспансерное наблюдение**

14.1. Посещение в связи с диспансерным наблюдением – однократное посещение в целях профилактического медицинского осмотра, организованное в рамках диспансерного наблюдения за больными с хроническими заболеваниями или перенесшими острые заболевания, оплачивается за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) по тарифам, установленным Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению с учетом группы заболеваний.

14.2. Комплексное посещение включает стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным приказом МЗ РФ № 168н и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

14.3. При проведении диспансерного наблюдения у врачей разных специальностей по разным нозологическим формам в одни и те же календарные сроки оплате подлежат комплексные посещения с диспансерной целью у каждого специалиста.

14.4. Оплате за счет средств ОМС не подлежат:

1) случаи диспансерного наблюдения пациента у врачей разных специальностей по одним и тем же нозологическим формам в течение одного календарного месяца;

2) случаи диспансерного наблюдения пациента у врачей одной и той же специальности по разным нозологическим формам в течение одного календарного месяца;

3) случаи диспансерного наблюдения пациента, не прикрепленного к МО, за исключением наблюдения, осуществляемого диспансерами, ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» и ГБУЗ РК «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» и женскими консультациями при диспансерном наблюдении беременных.

14.5. Оплата случаев диспансерного наблюдения пациента, выполняемого диспансерами, ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова» и ГБУЗ РК «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» и женскими консультациями при диспансерном наблюдении беременных по заболеваниям, не включенным в перечень приказа МЗ РФ №168н, осуществляется в данных учреждениях по тарифу посещения с профилактической целью.

Оплата случев по заболеваниям, включенным в перечень приказа МЗ РФ №168н, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

14.6. Порядок информационного взаимодействия при организации прохождения застрахованными лицами диспансерного наблюдения устанавливается межведомственным соглашением о взаимодействии медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, ГУ ТФОМС РК, Министерства здравоохранения Республики Карелия при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи**.**

**15. Углубленная диспансеризация (I этап)**

15.1. Углубленная диспансеризация проводится в соответствии с Порядком направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 698н от 01.07.2021 года «Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию», Перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, утвержденных Приложением №2 к Проекту Программы государственных гарантий, планируется и учитывается в объеме и стоимости профилактических мероприятий.

15.2. Проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

15.3. Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным **Приложением** **№ 10** к настоящему Тарифному соглашению: за комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирографии или спирометрии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови).

15.4. Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

15.5. Если пациент в этом году уже прошел диспансеризацию и в данный момент проходит исключительно углубленную диспансеризацию - оплата приема (осмотра) врачом и рентгенографии дополнительно к стоимости углубленной диспансеризации не осуществляется.

**16. Третий этап медицинской реабилитации.**

16.1. Медицинская помощь по реабилитации в амбулаторных условиях оказывается в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации, включающим протоколы реабилитационных мероприятий, и Порядком маршрутизации пациентов, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия, и оплачивается по тарифу за единицу объема - комплексное посещение (цель - обращение по поводу заболевания).

16.2. 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 протоколами реабилитационных мероприятий, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия.

16.3. Тарифы на оплату комплексного посещения по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях установлены в **Приложении №8** к настоящему Тарифному соглашению.

16.4. Случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях относится к прерванным с случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, письменного отказа пациента от дальнейшего лечения или изменения условий оказания медицинской помощи.

16.5. Оплата за прерванный случай комплексного посещения по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется при условии выполнения не менее 50% от объема необходимых консультаций специалистов, а также методов реабилитации, определенных протоколами реабилитационных мероприятий, утвержденными Приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия.

16.6. Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях может проводиться на базе действующих отделений (кабинетов) физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и других подразделений в соответствии с назначенными врачом по медицинской реабилитации мероприятиями при наличии у МО лицензии на медицинскую реабилитацию.

**17. Оплата подготовки к ЭКО.**

17.1. Оплата осуществляется в соответствии с перечнем обследований для направления на ЭКО, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 2 июня 2022 года № 951 «Об организации оказания медицинской помощи при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий в Республике Карелия».

17.2. Тарифы на оплату подготовки к ЭКО в амбулаторных условиях установлены в **Приложении №8** к настоящему Тарифному соглашению.

**18. Оплате медицинской** **помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу подлежат:**

1) отдельные диагностические (лабораторные) исследования;

2) процедуры диализа, включающего различные методы;

3) диагностические исследования в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия при их частичной или полной централизации, в рамках межучрежденческих расчетов;

4) медицинская помощь с применением телемедицинских технологий;

5) жидкостные цитологические исследования (по методу Папаниколау);

6) тестирование на выявление коронавирусной инфекции;

7) услуги по размораживанию эмбрионов, с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) как отдельный этап экстракорпорального оплодотворения;

8) комплексное обследования в Центре здоровья;

9) обследования при углубленной диспансеризация (I-II этап);

10) иммунологическое исследование на аллергены детского населения;

11) видеокапсульные эндоскопические диагностические исследования желудочно-кишечного тракта;

12) рентгеноденситометрия.

**19. К отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям** относят исследования, проводимые в рамках компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

19.1. Направление пациентов на отдельные диагностические (лабораторные) исследования осуществляется в соответствии с Порядком маршрутизации пациентов, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия и объемами, установленными Комиссией по разработке ТПОМС.

19.2. Назначение отдельных диагностических(лабораторных) исследований осуществляется лечащим врачом медицинской организации, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

19.3. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу только при наличии направления от МО.

**20. Оплата за проведение процедуры диализа:**

20.1. Оплата услуг диализа осуществляется в соответствии с Порядком оказания услуг по гемодиализу, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

20.2. При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. При этом в целях учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объёмом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца).

20.3. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений не осуществляется за счет средств ОМС.

Тарифы на услуги за проведение диализа не включают в себя проезд пациентов до места оказания медицинских услуг диализа.

**21. Диагностические исследования в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия при их частичной или полной централизации в рамках межучрежденческих расчетов:**

21.1. Диагностические исследования, выполненные на основании направлений Прионежского филиала ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», не включенных в пункт 19 настоящего приложения к тарифному соглашению, без учета граждан, застрахованных за пределами Республики Карелия, осуществляется в пределах утвержденных видов и объемов в рамках приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия.

21.2. Перечень видов исследований и тарифы на диагностические исследования установлены в **Приложении № 11** к настоящему Тарифному соглашению**.**

21.3. Расчет за диагностические исследования между ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», направившей на диагностические исследования, и МО, выполнившей указанные исследования, осуществляется ГУ ТФОМС РК на основании отдельного реестра счетов за диагностические исследования в рамках утвержденных объемов и утвержденного финансового плана ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова».

21.4. Реестр счетов за диагностические исследования предоставляется МО, выполнившей медицинскую услугу. При этом стоимость выполненных исследований удерживается ГУ ТФОМС РК в рамках межучрежденческих расчетов из средств окончательного расчета за медицинскую помощь, оказанную в данном месяце ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», направившей застрахованных лиц на диагностические исследования, в соответствии с утвержденными тарифами за фактически выполненное количество услуг.

**21.5. Оплата медицинской помощи при централизованном оказании услуг по выполнению цитологических исследований.**

21.5.1. Стоимость медицинской помощи при централизованном выполнении цитологических исследований включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением жидкостных цитологических исследований (по методу Папаниколау) и в стоимость законченного случая лечения заболевания, оплачиваемого по КСГ.

21.5.2. Оплата проведения цитологических исследований осуществляется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с Порядками и объемами, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия, за фактически выполненное количество услуг на основании реестра и счета, предоставленного МО, выполнившей исследование, и возможна только при наличии направления.

21.5.3. Расчет за выполнение централизованных цитологических исследований (за исключением жидкостных цитологических исследований) осуществляется ГУ ТФОМС РК в рамках межучрежденческих расчетов в соответствии с утвержденными приказами Министерства здравоохранения РК объемами и утвержденным финансовым планом на оказание указанных услуг.

21.5.4. Оплата проведения жидкостных цитологических исследований (по методу Папаниколау) осуществляется по тарифу, установленному **Приложением № 8** к настоящему Тарифному соглашению, в пределах объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

21.5.5. Перечень централизованных цитологических исследований, коды услуг и тарифы утверждены **Приложением № 12** к настоящему Тарифному соглашению.

**21.6. Оплата медицинской помощи при централизованном оказании услуг при выполнении микробиологических исследований.**

21.6.1. Стоимость медицинской помощи при централизованном выполнении микробиологических исследований включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, оплачиваемого по КСГ.

21.6.2. Оплата проведения микробиологических исследований осуществляется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с Порядком и маршрутизацией, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 22 июня 2022 года № 1059 «О маршрутизации проведения микробиологических исследований в Республике Карелия», за фактически выполненное количество услуг на основании реестра и счета, предоставленного МО, выполнившей исследование и возможна только при наличии направления на проведение исследования.

21.6.3 Оплата проведения микробиологических исследований осуществляется по Перечню централизованных микробиологических исследований в соответствии с кодами услуг и тарифами, утвержденными Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению в рамках межучрежденческих расчетов.

**22. Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий:**

22.1. Оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях третьего уровня, а также на базе ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

22.2. Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи является дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой с оплатой услуги по тарифу, установленному **Приложением № 8** к настоящему Тарифному соглашению, в рамках межучрежденческих расчетов.

22.3. Формы дистанционного взаимодействия медицинских работников включают (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия):

* дистанционную консультациюв режиме реального времени;
* дистанционную консультациюв режиме отсроченной консультации;
* дистанционный консилиум (с участием 2-3 специалистов);
* дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная диагностики, патолого-анатомическое исследование);
* дистанционное предоставление заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ, радионуклидная диагностика).

22.4. Оплата дистанционного взаимодействия медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с пациентами и (или) их законными представителями в рамках дистанционного динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе при диспансерном наблюдении, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 02.06.2020 № 787 «Об организации дистанционного динамического наблюдения за пациентами при оказании первичной медико-санитарной помощи в Республике Карелия».

**23. Оплате тестирования на выявление коронавирусной инфекции** подлежат услуги по исследованию на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в случае:

- наличия у застрахованных гражданин признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при проявлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

23.1. Тарифы на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции в амбулаторных условиях установлены в **Приложении №8** к настоящему Тарифному соглашению.

**24. Оплата услуги по размораживанию криоконсервированных** эмбрионов, с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) как отдельный этап экстракорпорального оплодотворения, осуществляется по тарифу в амбулаторных условиях в соответствии с **Приложением №8** к настоящему Тарифному соглашению.

**25. Оплата комплексного обследования в Центре здоровья, Центре здоровья для детей** осуществляется однократно в календарном году при первичном обращении по тарифу за медицинскую услугу, при условии проведения гражданину 100% объема обследований.

25.1. Объем исследований на одно комплексное обследование для взрослых и для детей в Центрах здоровья определяется в соответствии с порядком, утвержденным приказами Министерства здравоохранения РФ.

25.2. При необходимости выявления дополнительных факторов риска в комплексное обследование включаются иные исследования, проводимые на установленном в Центре здоровья оборудовании.

25.3. Посещение для динамического наблюдения в Центре здоровья, Центре здоровья для детей принимается к оплате не ранее, чем через месяц с даты законченного случая первичного обращения в, Центр здоровья для детей в отношении одного и того же гражданина, ребенка (подростка), учитывается в реестрах на оплату как посещение при оказании медицинской помощи с профилактической целью. Кодируются такие посещения в соответствии с классом XXI МКБ10 (Z00-Z99) и оплачивается в рамках подушевого норматива финансирования.

25.4. При одновременном проведении диспансеризации и посещении Центра здоровья в реестрах на оплату учитывается случай проведения диспансеризации.

**26. Обследование при углубленной диспансеризация I -II этап.**

1) за услугу в рамках I этапа углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

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

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

2) за услугу в рамках II этапа углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

-проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации   
в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста   
с 6-минутной ходьбой);

- проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

- дуплексного сканирования вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

26.1. В соответствии с пунктом 3 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке», маршрутизацией пациентов для проведения второго этапа углубленной диспансеризации, утвержденной приказом министерства здравоохранения Республики Карелия от 18.06.2021 № 1089 «О проведении углубленной диспансеризации в Республике Карелия» пациент может быть направлен для выполнения исследований, необходимых для проведения углубленной диспансеризации, в иную медицинскую организацию. Оплата медицинской услуги, выполненной в медицинской организации в соответствии с маршрутизацией для проведения второго этапа углубленной диспансеризации возможна только при наличии направления из медицинской организации, к которой прикреплен пациент.

26.2. Оплата за услугу в рамках I этапа углубленной диспансеризации (тест с 6 минутной ходьбой, определение концентрации Д - димера в крови у граждан) возможна только при условии выполнения комплексного посещения у данного застрахованного лица.

**27. Видеокапсульные эндоскопические диагностические исследования желудочно-кишечного тракта.**

Оплатеподлежат медицинские услуги «Толстокишечная эндоскопия видеокапсульная» и «Тонкокишечная эндоскопия видеокапсульная», выполненные в амбулаторных условиях, в соответствии с кодами услуг и тарифами, утвержденными Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

**28. Рентгеноденситометрия.**

Оплате подлежат медицинские услуги «Рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника», «Рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости (обоих бедер)», «Рентгеноденситометрия проксимального отдела бедренной кости (одного бедра), в соответствии с кодами услуг, утвержденным Республиканским справочником № 40 и тарифом, утвержденным Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

29. Включению в Реестры счетов и оплате за счет ОМС не подлежат:

1) амбулаторные посещения в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара в медицинской организации, оказывающей медицинскую (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций), выполненных в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);

2) посещения, выполненные освобожденными заведующими отделений и председателями врачебных комиссий;

3) посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета;

4) консультации амбулаторных больных врачами стационаров;

5) обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

6) осмотры врачами при проведении медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе;

7) медицинские осмотры для медицинского освидетельствования на право управления автомобилями и маломерными судами, на получение разрешения на приобретение и ношение оружия;

8) посещения при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ);

9) посещения по поводу оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе выездными патронажными службами;

10) посещение к врачу перед постановкой реакции Манту и однократный врачебный осмотр через три дня после постановки реакции Манту с целью оценки результатов пробы. Кодируются такие посещения, как Z01.5 (Диагностические кожные и сенсебилизационные тесты). В случае проведения реакции Манту с диагностической целью (при подозрении на заболевание) используется код Z03.0.

11) посещения для выполнения флюорографии. Кодируются такие посещения как Z11.1.

12) проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом;

13) посещения по поводу оформления медицинских свидетельств о: смерти, профессиональной пригодности, выдачи дубликата листка нетрудоспособности. Кодируются такие посещения как Z02.7.

14) посещения по поводу выдачи выписок и дубликатов медицинской документации по запросам учреждений и пациентов;

15) посещения с целью получения справок (по запросам учреждений и пациентов): о состоянии здоровья; о нуждаемости в постороннем уходе; о совместном проживании; о праве на дополнительную жилую площадь; о нуждаемости в технических средствах реабилитации и других средствах, внесенных в индивидуальную программу реабилитации; для получения путевки на санаторно-курортное лечение; для получения путевки в дом отдыха; для оформления санаторно-курортной карты; для оформления ф.№ 086/у (в год окончания общеобразовательного учреждения); для оформления справки в санаторные группы летних оздоровительных лагерей с дневным пребыванием и загородные оздоровительные лагеря; в спортивные секции и бассейн; о заключительном диагнозе пострадавшего от несчастного случая на производстве;

16) посещения с целью проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей для заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

17) пренатальная (дородовая диагностика) нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

18) зубопротезирование, ортодонтическое лечение граждан старше 18 лет, использование несъемных конструкций при ортопедическом лечении граждан старше 18 лет, оказание стоматологических услуг без медицинских показаний (эстетическая реставрация зубов, подготовка полости рта в целях зубопротезирования, и пр.);

19) посещения при следующих результатах обращения за медицинской помощью: констатация факта смерти (код - 313).

30. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов согласно порядку, предусмотренному настоящим тарифным соглашением.

**II. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа**

31. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

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

2) заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по [перечню](consultantplus://offline/ref=90C3B0A55C3F7C8CE8CF381F3F5C35EF69D55A3D1D3EACD50231F3ECCD39A580FB74B40BBE7FC3ADBD663EC5F860F9A1E9EE46CDD2585DCFk2bBM) видов ВМП, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых [Программой](consultantplus://offline/ref=90C3B0A55C3F7C8CE8CF381F3F5C35EF69D55A3D1D3EACD50231F3ECCD39A580FB74B40BBE7EC5AFB9663EC5F860F9A1E9EE46CDD2585DCFk2bBM) установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

3) социально-значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства, расстройства поведения, и наркологические заболевания (в том числе, снятие алкогольной интоксикации));

4) процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется).

32. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, **классификационных критериев**, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1) код диагноза (по МКБ 10);

2) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

3) схема лекарственной терапии;

4) МНН лекарственного препарата;

5) Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

6) пол;

7) возрастная категория пациента;

8) длительность лечения;

9) Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

10) длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг: искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга

11) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

12) показания к применению лекарственного препарата;

13) объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

14) степень тяжести заболевания;

15) Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

16) Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

33. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретному профилю не учитывается.

34. Аналогично оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализации на койках как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология».

35. 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».

36. КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев – основного диагноза пациента (из установленного Расшифровкой групп перечня) и сопутствующего диагноза пациента (R54 Старческая астения).

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи поданной КСГ также является лечение на геронтологической профильной койке.

37. Перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установлены приложением 6 и приложением 7 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

38. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по [МКБ 10](consultantplus://offline/ref=90C3B0A55C3F7C8CE8CF391B2C5C35EF6BDD503E166DFBD75364FDE9C569FF90ED3DB80CA07FC7B0BD6D6Bk9bCM), являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

39. Медицинской организацией должен быть обеспечен учет всех медицинских услуги классификационных критериев, используемых в расшифровке групп.

40. В **Приложении № 23** к настоящему Тарифному соглашению приведены комбинации КСГ, в которых, при наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, отнесение случая осуществляется только на основании кода Номенклатуры.

41. 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.

42. Возраст пациента определяется на момент поступления в стационар (на дату начала лечения).

43. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ ((за исключением КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; | |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 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» (далее –­ Постановление № 462). | |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице). | |

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 4 к Программе государственных гарантий значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

**44. Условия применения КСЛП:**

44.1. Случаи, для которых установлен КСЛП и его значения, утверждаются **Приложением № 24** к настоящему Тарифному соглашению.

44.2. Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 43.3, оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 0,2.

44.3. Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология» оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 0,6.

44.4. В медицинской документации ставится обязательная отметка о совместном пребывании с предоставлением спального места и питания законного представителя ребенка.

44.5. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, для лиц старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 0,2 кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки.

44.6. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, влияющей на сложность лечения пациента, требующей применения ресурсоемких медицинских технологий и увеличения затрат на медикаменты и расходный материал оплачивается с применением КСЛП – 0,6. Перечень заболеваний представлен в **Приложении № 25** к настоящему Тарифному соглашению.

44.7. Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в **Приложении № 26** к настоящему Тарифному соглашению) или проведение однотипных операций на парных органах (перечень возможных однотипных операций представлен в **Приложении № 27** к настоящему Тарифному соглашению) оплачивается с применением КСЛП – для 1 уровня – 0,05; для 2 уровня – 0,47; для 3 уровня – 1,16; для 4 уровня – 2,07; для 5 уровня – 3,49.

44.8. Развертывание индивидуального поста, утвержденного приказом руководителя медицинской организации, с отражением учета рабочего времени персонала в табеле учета рабочего времени оплачиваются с применением КСЛП 0,2.

44.9. Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых оплачивается с применением КСЛП в стационарных условиях – 0,63, в условиях дневного стационара – 1,2.

44.10. Проведение 1 этапа реабилитации оплачивается с применением КСЛП – 0,15 при соблюдении следующих условий:

нахождение пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии;

начала реанимационных мероприятий не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации на койку интенсивной терапии;

общая длительность реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реабилитационных мероприятий;

обязательная продолжительность реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки;

организация отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектование в соответствии с порядком оказания медицинской помощи медицинской помощи по медицинской реабилитации;

проведение медицинской реабилитации мультидисциплинарной реабилитационной командой.

44.11. проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации – 0,05.

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

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

45. **Коэффициент специфики** применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

46. Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (для круглосуточных и дневных стационаров) приведены в **Приложении №** **19** к настоящему Тарифному соглашению.

47. Перечень КСГ медицинская помощь по которым оказывается в стационарных условиях преимущественно на одном уровне либо имеет высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривает одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи и к которым не применяется коэффициент уровня, приведен в **Приложении № 30** к настоящему Тарифному соглашению.

48. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в круглосуточном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи по основному заболеванию в регламентируемые сроки (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, лабораторные, в том числе прижизненные гистологические и цитологические исследования, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру и т.д. (за исключением диализа), консультативную медицинскую помощь врачей-специалистов при наличии сопутствующего заболевания и (или) возникающих острых состояниях) от момента поступления до выбытия.

**49. Оплата при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями:**

49.1. В случае перевода пациента в круглосуточном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной МО при лечении одного заболевания, в том числе с целью проведения оперативного вмешательства, случай госпитализации подлежит учету в реестре и оплачивается как один законченный случай.

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

49.3. Оплата по двум КСГ по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, при переводе в пределах одной МО либо между МО, осуществляется в следующих случаях:

1) при проведении медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение (при наличии лицензии на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»);

2) при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременностив случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением в одной МО (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»). При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 «Кесарево сечение») случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза.

3) в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней 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.

4) при случае оказания 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;

5) при этапном хирургическом лечении злокачественных новообразований, не предусматривающем выписку пациента из стационара;

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

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

8) проведение первой 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.

49.4. Если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами (за исключением пункта 48.3. настоящего тарифного соглашения).

49.5. При переводе пациента в другую МО, из одного отделения МО в другое, в том числе при переводе из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот (при этом в реестре счетов оформляются два законченных случая), 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, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

49.6. Все случаи лечения в условиях круглосуточного или дневного стационара, составляющие законченный случай, подлежат оплате по тарифам, действующим на дату окончания законченного случая.

**50. Особенности оплаты случаев стационарного лечения в условиях круглосуточного стационара по профилю «акушерство и гинекология»:**

50.1. Оплата по КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» осуществляется только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

50.2. Стоимость КСГ по профилю «акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включает расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды.

50.3. Пребывание здорового новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «неонатология».

50.4. Медицинская помощь новорожденным детям по профилю «неонатология» во время пребывания матери в послеродовом отделении подлежит оплате по КСГ st17.001 - st17.003при условии пребывания ребенка в палате (отделении) интенсивной терапии (ИТАР).

50.5. Все случаи медицинской помощи, оплаченные по КСГ st17.001 – st17.003 подлежат медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

51. В случае присоединения внутрибольничной инфекции к основному заболеванию оплата осуществляется только по КСГ, соответствующей основному диагнозу.

52. Медицинская помощь в рамках обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях круглосуточного стационара ГБУЗ «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» оплачивается по КСГ st36.004 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (по МКБ-1 - Z02.2 - Обследование в связи с поступлением в учреждение длительного пребывания).

53. Случаи оказания медицинской помощи в стационарных условиях с основным диагнозом по МКБ-10: Т40 (Отравление наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами)) или Т51 (Токсическое действие алкоголя) подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

**III.Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях,**

**за прерванный случай госпитализации**

54. К прерванным случаям оказания медицинской относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2) случаи 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);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся 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 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным Приложением №28 к настоящему Тарифному соглашению.

Законченные случаи оказания медицинской помощи по данным КСГ не могут быть отнесены 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.

9) случаи оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» при длительности лечения менее установленной классификационными критериями.

55. В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия случай оплачивается в размере:

1) при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней - 90% от стоимости КСГ.

56. Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

1) при длительности лечения 3 дня и менее - 20% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ;

57. В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

58. В случае если фактическое количество дней введения, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях осуществляется в соответствии с Приложением № 31 к настоящему Тарифному соглашению:

1) при длительности лечения (дней введения) 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения (дней введения) более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

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

Прерванные случаи лечения проведения лучевой терапии, лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате в соответствии с Приложением №31 к настоящему Тарифному соглашению:

1) при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

60. В случае, если длительность лечения менее 3 дней и при этом одна из КСГ входит Перечень КСГ, оплата которых в условиях круглосуточного стационара осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации до 3 дней включительно (Приложение № 28 к настоящему Тарифному соглашению) или в Перечень КСГ, оплата которых в условиях дневных стационаров всех типов осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации до 3 дней включительно (Приложение № 34 к настоящему Тарифному соглашению), то выбор КСГ с максимальной стоимостью определяется с учетом доли оплаты прерванного случая.

61. Размер оплаты прерванных случаев отдельных КСГ (в том числе при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при длительности лечения 3 дня и менее, летальном исходе), за исключением случаев, предусмотренных п/пунктом 48.3 настоящего Тарифного соглашения, представлен в Приложении № 31к настоящему Тарифному соглашению.

62. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию в стационарных условиях, устанавливается согласно Приложению № 29к настоящему Тарифному соглашению**.**

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

63. Формирование групп осуществляется по коду МКБ 10 (U07.1 или U07.2) в сочетании с кодами иного классификационного критерия «stt1»-«stt4», отражающих тяжесть течения заболевания, или «stt5», отражающим признак долечивания пациента с коронавирусной инфекцией COVID-19.

64. Тяжесть течения заболевания определяется в соответствии с классификацией COVID-19 по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

65. Каждой степени тяжести состояния соответствует отдельная КСГ st12.015-st12.018 (уровни 1-4).

66. Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ st12.016-st12.018 (уровни 2-4), соответствующим случаям среднетяжелому, тяжелому и крайне тяжелому течению заболевания, учитывают период долечивания пациента.

67. Правила оплаты госпитализаций в случае перевода пациента на долечивание:

- в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)»

- в амбулаторных условиях ***–*** оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания, за исключением случаев соответствия критериям выписки пациентов из стационара, утвержденных действующей версией временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID 19).

**V. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи**

68. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи,кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в базовой программе ОМС перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень ВМП).

69. 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, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

70. **Оплата ВМП и специализированной медицинской помощи.**

70.1. 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, раздел I), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

70.2. 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.

**VI. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи**

71. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, классификационных критериев, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1) код диагноза (по МКБ 10);

2) хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);

3) схема лекарственной терапии;

4) МНН лекарственного препарата;

5) сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

6) пол;

7) Возрастная категория пациента;

8) длительность лечения;

9) оценка состояния пациента (по Шкале оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, Шкале Реабилитационной Маршрутизации); Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

10) длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг: искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга

11) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

12) показания к применению лекарственного препарата;

13) объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

14) степень тяжести заболевания;

15) Этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения, долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19, посттрансплантационный период после пересадки костного мозга;

16) Сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

72. При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

73. При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости.

74. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Методических рекомендациях.

75. В **Приложении №33** к настоящему Тарифному соглашению приведены комбинации КСГ дневных стационаров, в которых, при наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, отнесение случая осуществляется только на основании кода Номенклатуры.

76. 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.

77. Возраст пациента определяется на момент поступления в дневной стационар (на дату начала лечения).

78. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ ((за исключением КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; | |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 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» (далее –­ Постановление № 462). | |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице). | |

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 4 к Программе государственных гарантий значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ); |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии  с Постановлением № 462; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). |

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

79. Перечень КСГ, оплата которых, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее**,** представлен в таблице **Приложения № 34** к настоящему Тарифному соглашению.

80. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в дневном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, с Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи по основному заболеванию в регламентируемые сроки (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, лабораторные, в том числе прижизненные гистологические и цитологические исследования, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру и т.д. (за исключением диализа), и консультативную медицинскую помощь врачей-специалистов, специальность которых не совпадает с профилем дневного стационара, при наличии сопутствующего заболевания и (или) возникающих острых состояниях) от момента поступления до выбытия.

81. Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

82. Перечень КСГ для дневного стационара, к которым не применяется коэффициент уровня, приведен в **Приложении №36** к настоящему Тарифному соглашению.

**83. Оплата проведения отдельных этапов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).**

83.1. В соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы проведения процедуры ЭКО:

- стимуляция суперовуляции;

- получение яйцеклетки;

- экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

- внутриматочное введение (перенос) эмбрионов;

- дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

83.2. Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds.02.011.

83.3. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

83.4. Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГ осуществляется на основании иных классификационных критериев, отражающих проведение различных этапов ЭКО в соответствии с разделом 3.1 приложения 9 Методических рекомендаций по способам оплаты.

83.5. При завершении базовой программы ЭКО I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

83.6. При проведении в рамках одного случая госпитализациипервых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, а также проведении всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

83.7. При проведении в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

83.8. Если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

84. При совпадении дня выписки из круглосуточного стационара и дня поступления в дневной стационар днем поступления считается следующий день после выписки больного из стационара круглосуточного пребывания.

85. День поступления и день выписки из дневного стационара считаются как два дня лечения. Стоимость законченного случая лечения в дневных стационарах учитывает оказание медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

**VII. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, за прерванный случай оказания медицинской помощи**

86. К прерванным случаям оказания медицинской относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

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

3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся 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 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным Приложением №34 к настоящему тарифному соглашению;

9) случаи оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» при длительности лечения менее установленной классификационными критериями.

87. В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

1) при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

88. Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

1) при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней –50% от стоимости КСГ.

89. Если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

90. Если фактическое количество дней введения меньше, предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая к КСГ, оплата осуществляется в соответствии с Приложением № 31 к настоящему Тарифному соглашению:

1) при длительности лечения (дней введения) 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения (дней введения) более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Данное правило применимо ко всем случаям оказания лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях за исключением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1) (КСГ- ds19.116 и лекарственной терапии ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей (КСГ- ds19.067- ds19.070).

В вышеуказанных случаях (КСГ- ds19.116, ds19.067 - ds19.070) оплата осуществляется:

1) при длительности лечения (дней введения) 3 дня и менее - в размере 20% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения (дней введения) более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

91. Оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии, лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились:

1) при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

92. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию в условиях дневного стационара, устанавливается согласно **Приложению № 35** к настоящему Тарифному соглашению.

**VIII. Оплата случаев лечения злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара и дневных стационаров всех типов**

93. При оплате случаев лекарственной терапии злокачественных новообразований (далее - ЗНО) (КСГ st08.001-st08.003, st19.090-st19.102; st19.125-st19.143; ds08.001-ds08.003, ds19.063-ds19.078, ds19.116-ds19.134) за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, в соответствии со схемами лекарственной терапии ЗНО.

94. Количество дней введения при оплате случаев лекарственной терапии ЗНО не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

95. Оплата КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)» и КСГ st19.038 (ds19.028) «Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей») осуществляется по следующим правилам (данные КСГ применяются в случаях, когда диагноз является основным поводом для госпитализации):

1) в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специализированного противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2) если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт систему (катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ.

96. Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037, st19.038 (ds19.028) осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты на 2024 год.

97. Отнесение к КСГ хирургической онкологии производится при комбинации диагнозов C00-C80, C97 и D00-D09 и услуг, обозначающих выполнение оперативного вмешательства.

98. Если больному со злокачественным новообразованием выполнялось оперативное вмешательство, не являющееся классификационным критерием для онкологических хирургических групп, то отнесение такого случая к КСГ производится по общим правилам, то есть к КСГ, формируемой по коду выполненного хирургического вмешательства.

99. В случае, если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу не логического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

100. Отнесение к КСГ st36.012 и ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургической операции). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

101. Отнесение к КСГ st19.075-st19.082 и ds19.050-ds19.047 случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

102. Для оплаты случаев лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией и лекарственными препаратами предусмотрены соответствующие КСГ, отнесение к которым осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой с учетом количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций), а также кода МНН лекарственных препаратов.

103. В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов в соответствии с Методическими рекомендациями на 2024 год, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

**IX. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров при проведении процедур диализа, включающего различные методы**

104. Оплата медицинской помощи при проведении процедур диализа осуществляется по КСГ согласно **Приложению №8** к настоящему Тарифному соглашению.

105. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ или только в сочетании с видом и методом лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, являющейся поводом для госпитализации.

106. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

107. Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты, применяемым дополнительно к оплате случая в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг прибавляется в рамках одного случая лечения по всем КСГ.

108. В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

109. Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС, за единицу объемамедицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью может приниматься среднее количество услуг диализа, проведенного в условиях дневного стационара в течение одного месяца лечения (от 28 дней до 31 дня).

110. При этом в стоимость лечения входит обеспечение пациента всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами для диализа осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

111. В случае невозможности оказать показанную помощь при прохождении диализа в условиях дневного стационара допускается оказание необходимых услуг в амбулаторно-поликлинических условиях по месту прикрепления пациента и/или в другой медицинской организации. При этом случаи одновременного оказания медицинской помощи в рамках проведения медико-экономического контроля от оплаты не отклоняются (АПУ).

**X. Оплата лечения по профилю «медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного и дневных стационаров всех типов**

112. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) (федеральный справочник V001) в большинстве случаев вне зависимости от диагноза.

113. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001-st37.018 и ds37.001-ds37.012применяются классификационные критерии, учитывающие следующие параметры:

* шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной

Порядком медицинской реабилитации взрослых;

* уровень курации установленный порядком медицинской

реабилитации для детей;

* оптимальная длительность реабилитации в койко-днях (пациенто-

днях);

* факт проведения медицинской реабилитации после перенесенной

коронавирусной инфекции COVID-19;

* факт назначения ботулинического токсина;
* факт применения роботизированных систем;
* факт сочетания 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка

индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации

114. 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.

115. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

116. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

117. Медицинская реабилитация в условиях дневного стационара

может проводиться на базе действующих отделений (кабинетов) физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и других подразделений в соответствии с назначенными врачом по медицинской реабилитации мероприятиями при наличии у МО лицензии на медицинскую реабилитацию.

118. В случае оказания медицинской помощи выездным способом оплата осуществляется по соответствующей КСГ, установленной для дневного стационара.

119. Особенности формирования отдельных КСГ приведено и осуществляется в соответствии с Приложением № 8 Методических рекомендаций.

**XI. Оплата скорой медицинской помощи**

120. Оплата скорой медицинской помощи (далее – СМП), оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется:

1) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП;

2) за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

121. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСМП | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
| ЧзПР | численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек. |
|  | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам за вызов, рублей. |

На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей; |
|  | коэффициент половозрастного состава;  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации;  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия, для i-той медицинской организации; |
|  | коэффициент дифференциации i-той медицинской организации. |

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного   
по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_72 | численность застрахованных лиц, обслуживаемых i-той медицинской организации, человек. |

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_74 | фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

122. Подушевой норматив финансирования для ГБУЗ «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» учитывает объем СМП, оказываемой застрахованному на территории Республики Карелия населению, прикрепленному в установленном порядке для получения первичной медико-санитарной помощи к медицинским организациям города Петрозаводска и Прионежского района, в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А.Баранова», ГБУЗ «Пряжинская центральная районная больница», ГБУЗ «Республиканская больница скорой и экстренной медицинской помощи» для оказания скорой медицинской помощи согласно межведомственному соглашению об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия на 2024 год.

123. В случае оказания СМП застрахованному гражданину, не относящемуся к обслуживаемому населению данной МО, а также гражданам, застрахованным по ОМС в Республике Карелия и не имеющим прикрепления к МО, оплата производится по тарифам, утвержденным для данной МО.

124. При осуществлении расчетов за СМП застрахованному гражданину, не относящемуся к обслуживаемому населению данной МО, СМО уменьшает сумму подушевого финансирования МО, в которой прикреплен гражданин, на размер стоимости оказанной СМП, рассчитанной в соответствии с утвержденными тарифами для МО, оказавшей СМП в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия» по формированию Реестров счетов на оплату СМП, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов согласно межведомственному соглашению о порядке формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхования в сфере ОМС Республики Карелия на 2024 год.

125. МО ежемесячно представляют:

1) в СМО - единый персонифицированный реестр счета за оказанную СМП, финансируемую по подушевому нормативу и за вызов (за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории Республики Карелия);

2) в ТФОМС РК - реестр счета за оказанную СМП, финансируемую за вызов (за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС).

126. Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам, обратившимся за медицинской помощью непосредственно в отделения СМП, осуществляется по тарифу посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях.

127. В случае, если одному застрахованному выполнено несколько выездов СМП в день, то оплата осуществляется по каждому выезду при условии отражения каждого выезда в «Журнале записи вызовов скорой медицинской помощи» формы № 109/у.

128. Оплата скорой медицинской помощи в случае проведения тромболитической терапии осуществляется по тарифу за вызов **(Приложение № 18** к настоящему Тарифному соглашению).

129. Не подлежит оплате за счет средств ОМС оказание СМП в следующих случаях:

1) дежурство бригады СМП на массовых мероприятиях, а также при чрезвычайных ситуациях, стихийных бедствиях, катастрофах при отсутствии пострадавших;

2) незастрахованным по ОМС лицам;

3) не идентифицированным в системе ОМС лицам;

4) при транспортировке пациента, не нуждающегося в госпитализации;

5) при следующих результатах обращения за медицинской помощью: больной не найден на месте, адрес не найден, ложный вызов, больной увезен до прибытия скорой помощи, вызов отменен, отказ от помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия СМП;

6) вызовы по поводу ухудшения заболеваний, оплата которых предусмотрена за счет других источников финансирования (фтизиатрия, наркология, психиатрия, венерология);

7) вызов СМП для констатации смерти в часы работы амбулаторно-поликлинических учреждений;

8) оказание паллиативной помощи (в том числе, выполнение плановых инъекций наркотических и ненаркотических анальгетиков по назначению врача).

130. При формировании реестров счетов и счетов на оплату СМП, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов согласно порядку, предусмотренному настоящим тарифным соглашением.

**XII.Оплата медицинской помощи, оказанной с применением мобильных медицинских комплексов**

131. На территории Республики Карелия оказание медицинской помощи с использованием мобильных медицинских комплексов не осуществляется.