Приложение №5

к Тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2019 год

**Способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного**

**медицинского страхования Республики Карелия**

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

**1.1. Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)**

1. **Оплата по подушевому нормативу финансирования** на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), производится МО, включенным в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в сфере ОМС Республики Карелия (**Приложение № 14**).

2. Подушевой норматив финансирования включает в себя:

1)оказание первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе дистанционных форм динамического наблюдения за пациентами, проживающими в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах Республики Карелия (в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия);

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);

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.

При проведении обязательных диагностических исследований, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, учитываются результаты исследований, проведенных в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров;

4)проведение медицинских осмотров несовершеннолетних в связи с занятиями физической культурой и спортом;

5)проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

6)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»);

7)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.

3. Сверка численности прикрепленного населения по состоянию на 1 число каждого месяца осуществляется СМО с МО в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к МО, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия (**Приложение №15**).

4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, в расчете на одно застрахованное лицо определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, и численности застрахованного населения Республики Карелия по состоянию на 01.01.2018 года за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Карелия, на территории которой выдан полис ОМС.

5. Средний подушевой норматив финансирования определяется из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо и численности застрахованного населения Республики Карелия по состоянию на 01.01.2018 года, за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи.

6. Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (далее - базовый подушевой норматив финансирования) определяется исходя из среднего подушевого норматива финансирования без учета коэффициента дифференциации для Республики Карелия - 1,526.

7. На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций **(Приложение 16)** по следующей формуле:

$ДПн^{i}=Пн\_{БАЗ}×СКД\_{ИНТ}^{i}$, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ДПн^{i}$$ | – | - дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
|  |  |  |
| $$СКД\_{ИНТ}^{i}$$ | – | - средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций. |

8. Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Интегрированный коэффициент дифференциации базового подушевого норматива по медицинской организации определяется **(**$КД\_{ИНТ}) $по следующей формуле:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $КД\_{ИНТ}=КД\_{ПВ}×КД\_{СУБ }×$ $КД\_{СП }$ Х $КД\_{ЗП }$, где: | – | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| $КД\_{ПВ}- $половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации (**Приложение №17)**;$КД\_{СУБ} $- коэффициент дифференциации, учитывающий районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации **(Приложение №17)**;КДСП $-$ коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) **(Приложение №17)**КДЗП – коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия **(Приложение №17)**.9. Половозрастные коэффициенты дифференциации учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения:1) ноль – один год мужчины/женщины;2) один год – четыре года мужчины/женщины;3) пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;4) восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;5) восемнадцать - пятьдесят четыре года женщины;6) шестьдесят лет и старше мужчины;7) пятьдесят пять лет и старше женщины.Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитаны ТФОМС РК на основании реестров счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и численности застрахованных лиц на территории Республики Карелия, определяемой на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц ТФОМС РК на первое число первого месяца расчетного периода (**Приложение №18**).На основании половозрастных коэффициентов дифференциации рассчитаны половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для соответствующей МО**.**10. Коэффициент дифференциации учитывает уровень районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленные для территорий Республики Карелия, на которых расположена МО.Коэффициенты дифференциации для Республики Карелия и медицинских организаций рассчитываются в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года №462. 11. Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.) учитывает различия в расходах на содержание отдельных структурных подразделений в расчете на 1 прикрепленного. 12. Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного интегрированного коэффициента для однородных групп медицинских организаций.13. Предварительный предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, определяется ежеквартально исходя из значения дифференцированного подушевого норматива по следующей формуле:$ФО\_{ПРЕД}=ДПн^{i}×Чз^{ПР}$, где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $$ФО\_{ПРЕД}$$ | – | - предельный размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей; |
|  |  |  |
| $$Чз^{ПР}$$ | – | - численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации по состоянию на 01.10.2018 г., человек. |

 |

14.Расчет уточненных предельных размеров финансового обеспечения МО осуществляется ежеквартально, исходя из численности прикрепленного населения по состоянию на 01.01.2019 г., 01.04.2019 г., 01.07.2019 г., 01.10.2019 г.

15. Ежемесячный размер подушевого финансирования МО, имеющей прикрепившихся лиц, определяется СМО исходя из:

- дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации основании данных акта сверки численности прикрепленного населения.

16. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, половозрастные коэффициенты дифференциации, коэффициенты дифференциации, учитывающие районный коэффициент и процентную надбавку, коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений, коэффициенты дифференциации, учитывающие достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия, средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для однородных групп медицинских организаций утверждаются Тарифным соглашением.

17. При осуществлении расчетов за медицинскую помощь гражданам, не прикрепленным к данной МО, СМО уменьшает сумму подушевого финансирования МО, к которой прикреплен гражданин, на размер стоимости оказанной медицинской помощи, рассчитанной в соответствии с утвержденными тарифами для МО, оказавшей медицинскую помощь в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Карелия по формированию Реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (Приложение №19).

18. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной МО, не имеющих прикрепленного населения, производится по посещениям с профилактической и иными целями, обращениям по поводу заболевания, медицинским услугам, исходя из утвержденных тарифов в пределах установленных Комиссией на текущий год объемов медицинской помощи и финансовых средств с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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

20. Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

21. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной МО, не имеющих прикрепленного населения, производится по посещениям (обращениям), медицинским услугам, исходя из утвержденных тарифов в пределах установленных Комиссией на текущий год объемов медицинской помощи (в разрезе целей оказания медицинской помощи) и в пределах соответствующих годовых финансовых планов (в разрезе условий и целей оказания медицинской помощи), утвержденных Территориальной программой ОМС, и на основании решения Комиссии об изменении объемов медицинской помощи.

22. По установленным тарифам за единицу объема медицинской помощи (тарифы для амбулаторно-поликлинической медицинской помощи приведены в **Приложении №20, Приложении №22**) оплачиваются следующие виды медицинской помощи, оказанной врачами и средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием:

1)медицинская помощь, оказанная врачами–специалистами медицинских организаций, включенных в Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц (**Приложение №21**);

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

3)медицинская помощь по профилю «ортопедия и травматология», оказанная в травматологических круглосуточных пунктах ГБУЗ РК «Детская республиканская больница» и ГБУЗ РК «Больница скорой медицинской помощи»;

4)стоматологическая медицинская помощь;

5)медицинская помощь, оказываемая в Центрах здоровья и Центрах здоровья для детей;

6)неотложная медицинская помощь;

7)медицинская помощь, оказанная определенным группам взрослого застрахованного населения, в рамках проведения 1 и 2 этапов диспансеризации;

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

9)медицинская помощь, оказанная детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в рамках проведения 1 и 2 этапов диспансеризации;

10)медицинская помощь, оказанная взрослому застрахованному населению в рамках проведения профилактических медицинских осмотров;

11)медицинская помощь, оказанная детскому застрахованному населению в рамках проведения 1 и 2 этапов профилактических медицинских осмотров;

12)медицинская помощь, оказываемая врачами-специалистами ГБУЗ РК "Республиканская больница им. В.А. Баранова" (гематолог, кардиолог-аритмолог, нейрохирург, сурдолог-отоларинголог, сердечно-сосудистый хирург, торакальный хирург, челюстно-лицевой хирург), врачами-специалистами "Республиканского респираторного центра" (аллерголог, пульмонолог), "Республиканского центра "Диабет" (эндокринолог, офтальмолог, хирург), "Республиканского эпилептологического центра (невролог).

23. Порядки 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.

24. **Оплата по тарифу за обращение (законченный случай)** осуществляется**:**

1)при обращении по поводу заболевания;

2)при обращении в связи с диспансеризацией и проведением профилактических медицинских осмотров.

24.1. **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 медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

24.1.1. Оплата за обращение в связи с заболеванием включает расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с 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).

24.1.2. Если в рамках законченного случая лечения заболевания в соответствии со стандартами (протоколами), клиническими рекомендациями были выполнены разовые посещения пациента к врачам других специальностей, указанные посещения отдельно не оплачиваются, но учитываются как выполненные медицинские услуги.

24.1.3. 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).

24.2. **Оплата диспансеризации и профилактических медицинских осмотров** определенных групп населения осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения, в том числе применения передвижных форм предоставления медицинских услуг. Диспансеризация и проведение профилактических осмотров определенных категорий населения осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи в соответствии с порядками, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, и включает следующие виды осмотров:

1)диспансеризация определенных групп взрослого населения;

2)профилактические медицинские осмотры взрослого населения;

3)диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

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

5)профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.

24.2.1.Порядок взаимодействия МО, СМО и ТФОМС РК при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий устанавливается Регламентом взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий на территории Республики Карелия согласно **Приложению №11**.

24.2.2. Впервые выявленное заболевание при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения учитывается в поле основного диагноза. Заболевания, выявленные ранее, отражаются в поле сопутствующего заболевания.

24.2.3. **Диспансеризация взрослого населения** (в возрасте от 18 лет и старше) проводится 1 раз в 3 года в возрастные периоды, предусмотренные Приказом №869н, за исключением отдельных категорий граждан, диспансеризация которым 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" 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).

24.2.4.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.

24.2.5.Гражданин проходит диспансеризацию в МО, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

24.2.6.Диспансеризация проводится в 2 этапа. Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами.

24.2.7.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.

24.2.8.Законченный случай 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения включает в себя одно врачебное посещение и подлежит оплате в случае выполнения не менее 85% от объема исследований 1 этапа, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта. Число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее вне рамок диспансеризации, и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров, не должно превышать 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина.

24.2.9.В случае, если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, 1 этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом выполненные осмотры (исследования, мероприятия) подлежат оплате в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

24.2.10.Исследования 1 этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, при выполнении 100% от объема, установленного для данного возраста и пола, подлежат оплате по тарифу посещения с профилактической целью.

24.2.11.В случае выполнения в рамках 1 этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического осмотра, такие случаи учитываются как проведенный профилактический осмотр, если гражданин подлежит профилактическому осмотру в текущем календарном году. Если профилактический осмотр выполнялся в прошедшем году, то выполненные осмотр, исследования и иные медицинские мероприятия оплачиваются по тарифу посещения с профилактической целью.

24.2.12.2 этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, установленных для 2 этапа.

24.2.13.Оплата 2 этапа диспансеризации взрослого населения осуществляется по тарифу обращения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

24.3. **Профилактический медицинский осмотр** взрослого населения проводится 1 раз в 2 года.

24.3.1.Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований).

24.3.1.1.В год проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения проведение профилактического осмотра не подлежит оплате.

24.3.2. **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.

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

Оплата 2-го этапа диспансеризации указанных категорий детей осуществляется по тарифу обращения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

24.3.3. **Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних** оплачиваются по тарифу законченного случая медицинских осмотров несовершеннолетних, в зависимости от возраста пациента, т.к. предполагает разный объем обследования.

24.3.4 Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном [перечнем](#P117) исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

24.3.5 Профилактические осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды, за исключением несовершеннолетних старше 2 лет, подлежащих диспансеризации в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. №72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации" и приказом от 11.04.2013 г. №216н "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".

24.3.6 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 организациях и/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.

24.3.7 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.

24.3.8 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).

24.3.9 Оплата 2-го этапа профилактических осмотров несовершеннолетних осуществляется по тарифу обращения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

24.4. **Оплата за посещение Центра здоровья:**

24.4.1. Посещение для комплексного обследования в Центре здоровья, Центре здоровья для детей принимается к оплате по тарифу за оказанную услугу при условии проведения гражданину 100% объема обследований и осуществляется один раз в отчетном календарном году.

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

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

24.4.4. 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, Центр здоровья для детей в отношении одного и того же гражданина, ребенка (подростка).

24.4.5. Посещение врача центра здоровья для динамического наблюдения включает: осмотр врача центра здоровья с рекомендациями по двигательному режиму, питанию, здоровому образу жизни, обследование на установленном в Центре здоровья оборудовании с целью выявления дополнительных факторов риска или динамического наблюдения.

24.4.6. Посещение для динамического наблюдения в Центрах здоровья оплачивается по тарифу посещения при оказании медицинской помощи с профилактической целью. Кодируются такие посещения в соответствии с классом XXI МКБ10 (Z00-Z99).

24.4.7. При одновременном проведении диспансеризации и посещении Центра здоровья оплате подлежит только один законченный случай.

25. **Оплата медицинской помощи за посещение** осуществляется:

1) при посещениях с профилактической целью;

2) при посещениях в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

26. К посещениям при оказании медицинской помощи **с профилактической целью** относятся следующие виды посещений:

26.1. **разовые посещения по поводу заболевания**:

1) однократные посещения по заболеваниям к участковым врачам-педиатрам, участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики и врачам-специалистам, в том числе результатом которых явилось направление в стационар любого типа;

2) однократные консультативные приемы врачей-специалистов (в том числе, с проведением лабораторных и инструментальных исследований) вне рамок законченного случая лечения заболевания.

26.2. **профилактические медицинские осмотры** (посещения с профилактической целью) – однократные посещения с профилактической целью, в том числе – осмотры перед вакцинацией, посещения для осмотров контактных лиц в очаге инфекционных заболеваний (при карантине).

Оплата случаев медицинской помощи с профилактической целью детям в возрасте до одного месяца осуществляется один раз в течение 1 месяца по тарифу посещения с профилактической целью.

26.3. **патронаж** - однократные посещения с профилактической целью на дому к беременным женщинам, новорождённым детям.

26.4. **посещение в связи с диспансерным наблюдением** - однократные посещения, связанные с диспансерным наблюдением за больными хроническими заболеваниями или перенесшими острые заболевания, включенные и оплачиваемые по подушевому нормативу.

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

26.4.3.Единицей объема медицинской помощи при проведении диспансерного наблюдения больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития является посещение, включающее в себя диспансерное наблюдение пациента в течение месяца.

26.4.4.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.

26.4.5.Порядок взаимодействия МО, СМО и ТФОМС РК при организации прохождения застрахованными лицами диспансерного наблюдения устанавливается Регламентами взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при организации прохождения застрахованными лицами диспансерного наблюдения и профилактических мероприятий на территории Республики Карелия **Приложение №55.**

26.5. **активное посещение** - посещение пациента на дому по поводу заболевания.

26.6. **посещения с иными целями оплачивается при:**

1) однократном посещении с медицинским осмотром и заключением о состоянии здоровья, в том числе связанные с направлением на консультацию, плановую госпитализацию в стационар любого типа, получением справки на санаторно-курортное лечение, санаторно-курортной карты, оформлением посыльного листа на медико-социальную экспертизу и других медицинских документов, оформлением рецепта льготным категориям граждан;

2)посещении медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

26.7. **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.

26.7.1Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

26.7.2Посещения 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.

26.7.3Посещения для оказания медицинской помощи при отсутствии выполнения мероприятий, направленных на купирование неотложного состояния, а также посещения к лицам, обратившимся повторно с признаками неотложных состояний в случае обращения по заболеванию, следует относить к обращению по поводу заболевания и оплачивать по тарифу обращения по поводу заболевания (при двух и более посещениях).

27. **Оплата стоматологической помощи.**

27.1.Оплата производится по стоимости УЕТ (условных единиц трудоемкости) и включает 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.) в пределах объемов предоставления медицинской помощи, с учетом целей, установленных решением Комиссии.

27.2. Стоимость обращения по заболеванию при оказании стоматологической помощи определяется как произведение тарифа на 1 УЕТ и фактического количества УЕТ, выполненного за совокупность посещений пациента, в результате которых повод обращения завершен.

27.3. 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.

27.4. Оплата посещений в связи с оказанием стоматологической помощи в неотложной форме производится по стоимости фактического количества УЕТ.

27.5. Определение количества УЕТ при оказании стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, (**Приложение №23)**.

28. **Оплата за медицинскую услугу**:

1)процедуры диализа, включающего различные методы;

2)магнитно-резонансные исследования в амбулаторных условиях (далее - МРТ);

3)диагностические исследования;

4)гистологические исследования;

5)медицинская помощь с применением телемедицинских технологий.

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

28.1.1. Осуществляется за фактически выполненное количество услуг. 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 учитывается лечение в течение одного месяца 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).

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

28.1.3. Тарифы на услуги за проведение диализа устанавливаются дифференцированно по методам диализа (**Приложение №24**), при этом тарифы не включают в себя проезд пациентов до места оказания медицинских услуг диализа.

28.2. **Оплата за услугу МРТ** осуществляется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с Порядком направления и объемами, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия, за фактически выполненное количество услуг. Перечень видов МРТ и тарифы на МРТ установлены **в Приложении №24.**

28.3. **Оплата за диагностические исследования:**

28.3.1. Диагностические исследования выполненные на основании направлений Прионежского филиала ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А.Баранова», за исключением граждан, застрахованных за пределами Республики Карелия, осуществляется в пределах утвержденных видов и объемов в рамках Приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия.

28.3.2. Перечень видов исследований и тарифы на диагностические исследования установлены **в Приложении №25.**

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

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

**28.4 Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий:**

28.4.1. Оказывается в медицинских организация третьего уровня, а так же на базе межрайонных больниц.

28.4.2. Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется дифференцированно по видам консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, определенных Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее - телемедицинская помощь), утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н:

1) консультация (консилиум врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;

2) консультация при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований;

3) консультация, связанная с оказанием медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;

4) дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента.

28.4.3.Состав медицинских организаций имеющих право на оказание телемедицинских помощи, перечень видов и тарифы на оплату телемедицинских помощи утверждаются тарифным соглашением на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия.

28.4.4. Расчет за телемедицинскую помощь между медицинской организацией направившей пациента на телемедицинскую консультацию и медицинской организацией осуществившей телемедицинскую консультацию осуществляется СМО на основании отдельного реестра–счетов за телемедицинскую помощь, в рамках утвержденных объемов телемедицинской помощи и утвержденного финансового плана на телемедицинскую помощь медицинской организации оказывающей данный вид медицинских услуг.

28.4.5. Реестр счетов за телемедицинскую помощь предоставляется МО, выполнившей данную медицинскую услугу. При этом стоимость выполненных исследований удерживается СМО из средств окончательного расчета за медицинскую помощь, оказанную в данном месяце медицинской организации, направившей застрахованных лиц на телемедицинскую помощь, рассчитанной в соответствии с утвержденными тарифами, за фактически выполненное количество услуг.

**28.5. Оплата медицинской помощи при централизованном оказаний гистологических исследований**:

28.5.1. Стоимость медицинской помощи при централизованном оказаний гистологических исследований включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

28.5.2. Состав медицинских организаций имеющих право на централизованное оказание гистологических исследований, перечень видов и тарифы на оплату гистологических исследований утверждаются тарифным соглашением на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия.

28.5.3. Расчет за оказание гистологических исследований между медицинской организацией направившей пациента на оказание гистологических исследований и медицинской организацией осуществившей оказание гистологические исследования осуществляется СМО на основании отдельного реестра–счетов, в рамках утвержденных объемов оказание гистологических исследований и утвержденного финансового плана на оказание гистологические исследования медицинской организации оказывающей данный вид медицинских услуг.

28.5.4. Реестр счетов за оказание гистологических исследований предоставляется МО, выполнившей данную медицинскую услугу. При этом стоимость выполненных исследований удерживается СМО из средств окончательного расчета за медицинскую помощь, оказанную в данном месяце медицинской организации, направившей застрахованных лиц на оказание гистологических исследований, рассчитанной в соответствии с утвержденными тарифами, за фактически выполненное количество услуг.

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

1) амбулаторные посещения в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, консультативных осмотров (разовых посещений по заболеванию) в ГБУЗ РК «Республиканский онкологический диспансер», ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А.Баранова» и ГБУЗ РК «Детская республиканская больница», ГБУЗ РК «Госпиталь для ветеранов войн», а также проведения диализа в амбулаторных условиях);

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 (за исключением специально выделенных часов приемов, работы в командировках);

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 порядка предусмотренного настоящим тарифным соглашением.

**2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ)**

30. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), осуществляется в пределах утвержденного Комиссией годового плана медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара круглосуточного пребывания и ее финансового обеспечения.

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

31.1.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;

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

31.3. 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));

31.4.процедур диализа, включающих различные методы (оплата осуществляется за услугу).

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

32.1. Основные классификационные критерии:

1)код диагноза (по МКБ 10);

2)код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг), при наличии;

32.2. Дополнительные классификационные критерии:

1) схема лекарственной терапии;

2) МНН лекарственного препарата;

3) код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);

4) код сопутствующего (вторичного) диагноза;

5) код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);

6) пол;

7) возраст;

8) длительность пребывания в стационаре.

9) оценка состояния пациента (по Шкале оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии, Шкале Реабилитационной Маршрутизации);

10) схема лечения;

11) длительность непрерывного проведения искусственной вентиляции легких;

12) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

32.3. 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 конкретной КПГ (профилю) не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия", лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия" соответственно.

 32.4. Расшифровка групп КСГ в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета классификационных критериев, осуществляется согласно Инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (Письмо ФОМС от 03.12.2018 №15031/26-1/и) (далее - Инструкция ФФОМС по группировке КСГ).

32.5. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.

32.6. Медицинской организацией должен быть обеспечен учет всех медицинских услуг, используемых в расшифровке групп.

 32.7. 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.

 32.8. При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией ФФОМС по группировке КСГ отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

32.9. 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 Инструкции ФФОМС по группировке КСГ.

32.10. В **Приложении №27** приведены комбинации КСГ, в которых, при наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, отнесение случая осуществляется только на основании кода Номенклатуры.

32.11. 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.

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

33. При определении объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы обязательного медицинского страхования, исключаются средства:

1)предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

2)предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ;

3)направляемые на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС РК в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.(из МР)

34. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС);

- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ$ (Ч\_{СЛ)}$;

* среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ или КПГ (СПК), учитывающегопрогнозируемый рост средней сложности пролеченных больных.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, и рассчитывается по формуле:

$БС=\frac{ОС}{Ч\_{СЛ}×СПК}$.

СПК рассчитывается по формуле:

$СПК=\frac{\sum\_{}^{}(КЗ\_{i}×ПК\_{i}×КД\_{i})}{Ч\_{СЛ}}$.

35. Размер базовой средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (далее - базовая ставка) определяется исходя из средней стоимости законченного случая, включенного в КСГ, без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия 1,526.

36. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. размер базовой средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);

2. коэффициент относительной затратоемкости;

3. коэффициент дифференциации;

4. поправочные коэффициенты:

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

- коэффициент сложности лечения пациента;

- управленческий коэффициент.

37. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ (Сзс) определяется по следующей формуле:

Сзс = БС х КД. х КЗксг х КУстац. х КСЛП х КУ ксг,

где:

БС - базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

КД – коэффициент дифференциации для МО;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен законченный случай;

КУстац. – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в МО, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациентов;

КУ ксг - управленческий коэффициент.

38. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, коэффициенты дифференциации, коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ, коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи, коэффициенты сложности лечения пациента, управленческий коэффициенты утверждаются Тарифным соглашением.

39. Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ) приведена в **Приложении №6**.

40. Коэффициенты дифференциации для МО устанавливаются в соответствии **с Приложением №28**.

41. Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ для круглосуточных стационаров устанавливаются для каждой КСГ на федеральном уровне (**Приложение №29**) и не могут быть изменены при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

42. Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (для круглосуточных и дневных стационаров) приведены в **Приложении №30.**

43. 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 №31**.

**44. Условия применения КСЛП:**

44.1. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, при госпитализации детей в возрасте до 1 года (кроме КСГ, относящихся к профилю «неонатология»: КСГ st17.001 **-** st17.003) оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 1,1.

44.2. Необходимость предоставления спального места и питания одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю ребенка, при оказании ребенку (в возрасте до 4 лет, или старше - при наличии медицинских показаний) медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода госпитализации, оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 1,05.

В медицинской документации ставится обязательная отметка о совместном пребывании с предоставлением спального места и питания одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя ребенка. В случае стационарного лечения пребывающего с ребенком родителя, иного члена семьи или иного законного представителя ребенка, КСЛП не используется.

44.3. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей в возрасте от 1 года до 4 лет) оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 1,1.

44.4. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, для лиц старше 75 лет оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 1,02. Данный КСЛП применяется если: основной диагноз пациента – не старческая астения (R54); сопутствующий диагноз пациента – старческая астения (R54); лечение осуществляется на геронтологической профильной койке.

44.5. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, влияющей на сложность лечения пациента (перечень заболеваний представлен в Приложении №32), оплачивается с применением КСЛП – 1,1.

44.6. Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ, оплачивается по КСГ с наибольшим размером оплаты с применением КСЛП – 1,3 (Приложение №52);

1) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией;

2) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

3) Сочетание любого кода лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;

4) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, и с любым кодом хирургического лечения;

5) Выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии.

44.7. Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями, оплачиваются по тарифам КСГ с использованием КСЛП.

Значение КСЛП при сверхдлительных сроках госпитализации определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней, по формуле:

,

где:

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента;

Кдл – коэффициент длительности – 0,25;

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

44.8. Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней и перечень которых приведен в **Приложении №33.**

44.9. Значения КСЛП при сверхдлительных сроках госпитализации приведены в **Приложении №34.**

44.10. Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в **Приложении №35**) оплачивается с применением КСЛП – 1,2.

44.11. Проведение однотипных операций на парных органах оплачивается с применением КСЛП – 1,2.

44.11.1. Данный вид КСЛП применяется также при одномоментном проведении ангиографических исследований разных сосудистых бассейнов кровеносного русла, в том числе при сочетании коронарографии и ангиографии.

 44.11.2. Перечень однотипных операций на парных органах, а также однотипных медицинских услуг (при одномоментном проведении ангиографических исследований разных сосудистых бассейнов кровеносного русла, в том числе при сочетании коронарографии и ангиографии) представлен в **Приложении №36**).

44.12. Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительногопребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

, где:

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента

44.13. Расчеты суммарного значения КСЛП (КСЛПсумм) при наличии нескольких критериев выполняются по формуле:

КСЛПСУММ= КСЛП1+ (КСЛП2-1)+(КСЛПn-1)

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

45. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в круглосуточном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии 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), консультативную медицинскую помощь врачей-специалистов при наличии сопутствующего заболевания и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия.

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

46.1. 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.

Оплата случая лечения заболеваний, которые относятся **к одному классу МКБ-10,** осуществляется от начала до полного его завершения вне зависимости от внутрибольничных переводов (в том числе переводов из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот, в рамках одной МО) и производится на этапе последнего движения (по КСГ периода лечения с наибольшим размером оплаты). При этом медицинская помощь остальных периодов лечения предоставляется в реестрах счетов на оплату с нулевым тарифом, а фактическая длительность случая лечения определяется с учетом койко-дней, проведенных пациентом от начала лечения до полного его завершения.

46.2. **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 беременности в 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, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера), для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии в одной МО;

5) при этапном хирургическом лечении при злокачественных заболеваниях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

46.3. Если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами (за исключением подпункта 3 пункта 46.2 настоящего тарифного соглашения).

 46.4. При переводе пациента из одного отделения МО в другое, в том числе при переводе из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот (из дневного стационара в круглосуточный), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев, которые оплачиваются за прерванный случай оказания медицинской помощи.

46.5. Все случаи оказания медицинской помощи, предъявленные к оплате по двум и более тарифам КСГ в период одной госпитализации, подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

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

47.1. 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.

47.2. В случаях родоразрешения медицинская помощь может быть предоставлена к оплате или по КСГ по профилю «акушерство и гинекология» или по профилю «неонатология».

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

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

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

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

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

49. Если в ходе лечения и обследования пациента, госпитализированного с диагнозом, подлежащим оплате в сфере ОМС, установлен окончательный диагноз заболевания, не входящего в Территориальную программу ОМС (социально значимые заболевания), оплата производится по КСГ st36.005, от начала лечения до факта постановки окончательного диагноза с учетом 1 дня, необходимого для перевода пациента в профильную МО.

**50.** **Оплата лечения по профилю «медицинская реабилитация»**

50.1. В условиях круглосуточного стационара производится в рамках установленных решением Комиссии плановых заданий и годового финансового плана.

50.2. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) (приложение №9, справочник V001) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001-st37.013 и к КСГ ds37.001-ds37.008 также применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ).

50.3. 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.

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

 51. 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 РК «Детская республиканская больница» 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).

 52. Оплата «Реанимационных КСГ», КСГ «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ», КСГ «Лекарственная терапия при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре», КСГ «Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина» осуществляется по правилам утвержденным Инструкцией ФФОМС по группировке КСГ.

 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.

**54. Оплата за медицинскую услугу, оказанную в условиях стационара при проведении процедур диализа, включающего различные методы.**

54.1.Оплата услуги осуществляется по тарифам согласно **Приложению №24**.

54.2.При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара за услуги диализа осуществляется только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

54.2.Стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты, применяемым дополнительно к оплате случая стационарного лечения.

54.3.В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в стоимость стационарного 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.

55. Оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия», оказанной в условиях круглосуточного стационара осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

**3.Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи.**

56.К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

57.Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в таблице **Приложения №37.**

58.Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения или самовольном уходе из отделения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, осуществляется в пределах утвержденных Комиссией плановых заданий и годового финансового плана**.**

 59.К прерванным, в том числе сверхкоротким, случаям оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в том числе к случаям медицинской помощи, указанным в **Приложении №37**, КСЛП не применяется.

60. Оплата случаев лечения в условиях круглосуточного стационара по КСГ st25.004 (Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы) осуществляется для краткосрочных (не более 3-х дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

61. 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.

62. Если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется 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 – 60% от стоимости КСГ.

63. Оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций). Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией 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 – 60% от стоимости КСГ.

 64. Случаи оказания стационарной медицинской помощи, завершившиеся **летальным исходом**, предъявляются МО к оплате только после проведения патолого-анатомических исследований (кроме случаев отказов, оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации), но не позднее 2-х месяцев с даты завершения оказания медицинской помощи.

65. Оплата медицинской помощи в приемном отделении стационарной МО в случаях, не требующих последующей госпитализации в данную МО, осуществляется по тарифу посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях.

66. 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.

67. В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

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

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

2) при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

69. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию устанавливается согласно **Приложения № 53 и Приложения №54.**

70. Оплата случаев лечения в условиях круглосуточного стационара по КСГst25.004(Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы) осуществляется для краткосрочных (не более 3-х дней) случаев госпитализации, целью которых является затратоемкое диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения.

**4. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи**

71. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рассчитанных с учетом коэффициента дифференциации, применяемого на территории Республики Карелия, где расположена медицинская организация, по формуле, указанной в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 №11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» **(Приложение №39).**

72. Для МО, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Карелия, и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь на территории других субъектов Российской Федерации, применяется коэффициент дифференциации (1,526), рассчитанный для Республики Карелия в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 года №462.

73. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в базовой программе ОМС в рамках перечня видов ВМП (далее - Перечень).

74. 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.

75. Оплата случая лечения заболеваний, которые относятся к одному классу МКБ10, и включают в себя специализированную медицинскую помощь по КСГ, формируемой по коду МКБ10 либо по коду Номенклатуры, и оказание ВМП в той же МО, осуществляется от начала до полного его завершения вне зависимости от внутрибольничных переводов и производится на этапе движения по ВМП (по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП).

При этом медицинская помощь остальных периодов лечения предоставляется в реестрах счетов на оплату с нулевым тарифом, а фактическая длительность случая лечения определяется с учетом койко-дней, проведенных пациентом от начала лечения до полного его завершения.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе 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.

76. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

77. После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

**5. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ)**

78. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов (далее – дневные стационары), за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу заболеваний – КСГ) осуществляется в пределах утвержденного Комиссией плановых заданий и годового финансового плана для МО.

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

79.1. Основные классификационные критерии:

1) код диагноза (по МКБ 10);

2) код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг), при наличии;

79.2. Дополнительные классификационные критерии:

1) код основного диагноза (при основном критерии группировки – код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии);

2) код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (при основном критерии группировки – код диагноза);

3) пол;

4) возраст;

5) длительность пребывания в стационаре;

6) оценка состояния пациента (по шкале реабилитационной маршрутизации);

7) cхема лекарственного лечения + МНН лекарственного препарата.

80. 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.

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

80.2. 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 Инструкции ФФОМС по группировке КСГ.

80.3. В **Приложении №40** 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.

80.4. 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.

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

81. При определении объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, исключаются средства: -

1)предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;

2)предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ;

3)направляемые на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС РК.

79. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, определяется исходя из следующих параметров:

1)объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ;

2)общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ.

82. Размер базовой средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (далее - базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров) определяется исходя из средней стоимости законченного случая в дневных стационарах, включенного в КСГ, без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия 1,526.

83. Расчет стоимости законченного случая лечения в дневных стационарах по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. размер базовой средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка);

2. коэффициент относительной затратоемкости;

3. коэффициент дифференциации;

77. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ в дневных стационарах (Сзс) определяется по следующей формуле:

Сзс = БС х КД х КЗксг, х КУдн.стац. х КСЛП

где:

БС - базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров;

КД – коэффициент дифференциации для МО;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен законченный случай.

КУдн.стац. – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара МО, в которой был пролечен пациент.

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента.

84. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, коэффициенты дифференциации утверждаются Тарифным соглашением.

85. Перечень КСГ для дневного стационара, к которым не применяется коэффициент уровня, приведен в **Приложении №41**.

86. Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ для дневных стационаров устанавливаются для каждой КСГ на федеральном уровне (**Приложение №42**) и не могут быть изменены при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

87. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в дневном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии 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.

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

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

1)Стимуляция суперовуляции;

2)Получение яйцеклетки;

3)Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

4)Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

88.2.Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации, полученных на III этапе, эмбрионов.

88.3.В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов, оплата случая осуществляется по КСГ ds02.005 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

88.4.В случае если базовая программа ЭКО была завершена по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции), I-II этапов (получение яйцеклетки), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов, к КСГ ds02.005 применяется КСЛП в размере 0,6.

88.5.В случае проведения в рамках одного случая всех этапов ЭКО c последующей криоконсервацией эмбрионов,к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

88.6.При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.005 с применением КСЛП в размере 0,19.

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

89.1.Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры вне зависимости от диагноза.

89.2.При этом для отнесения случая к КСГst37.001-st37.008 в дневном стационаре применяется дополнительный классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ).

89.3.Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

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

90. 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.

91. 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.

92. В период лечения в дневных стационарах оплата медицинской помощи, оказанной врачами других структурных подразделений МО, специальность которых совпадает с профилем дневного стационара, не осуществляется.

93. В период лечения в дневных стационарах оплата медицинской помощи, оказанной врачами других структурных подразделений МО, специальность которых не совпадает с профилем дневного стационара, осуществляется по тарифам в соответствии с целями посещений.

**94.** **Оплата за медицинскую услугу, оказанную в условиях дневного стационара при проведении процедур диализа, включающего различные методы,**

94.1.Осуществляется по тарифам согласно Приложению №24;

94.2.При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара за услуги диализа осуществляется в сочетании с оплатой по КСГ с обязательным лечением основного (сопутствующего) заболевания, являющегося поводом для госпитализации.

94.3.При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты, применяемым **дополнительно** к оплате случая лечения в дневном стационаре.

94.4.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 объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

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

94.6.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. При этом случаи одновременного оказания медицинской помощи в рамках проведения медико-экономического контроля от оплаты не отклоняются (АПУ).

95. Оплата по КСГ услуги A16.26.046.001 «Эксимерлазерная фототерапевтическая кератэктомия» оказанной в условиях дневного стационара осуществляется только при лечении эрозии, язвы роговицы, кератита, помутнения роговицы, возникшего вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности компенсации вызванной ими иррегулярности роговицы с помощью очковой или контактной коррекции, услуг A16.26.046.002 «Эксимерлазерная фоторефракционная кератэктомия» и A16.26.047 «Кератомилез» – при коррекции астигматизма или иррегулярности роговицы, возникших вследствие воспалительного заболевания или травмы роговицы и в случае невозможности их компенсации с помощью очковой или контактной коррекции. Аналогичные принципы применяются для медицинской услуги А16.26.046 «Кератэктомия».

96. При назначении комбинации из препаратов, в рамках лечения по КСГ ds12.001«Вирусный гепатит B хронический, лекарственная терапия», КСГ ds12.002 «Вирусный гепатит C хронический, лекарственная терапия (уровень 1)», КСГ ds12.003 «Вирусный гепатит C хронический, лекарственная терапия (уровень 2)», КСГ ds12.004 «Вирусный гепатит C хронический, лекарственная терапия (уровень 3)» которые согласно АТХ-классификации относится к разным группам (например, «Интерфероны» и «Ингибиторы протеаз») отнесение производится к КСГ с большим коэффициентом затратоемкости (КСГ ds12.004). Коэффициент затратоемкости для этих КСГ приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

**6. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи**

97. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, за прерванный случайоказания медицинской помощи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения или самовольном уходе из отделения, летальном исходе, осуществляется в пределах утвержденного Комиссией плановых заданий медицинской помощи оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов и ее финансового обеспечения**.**

 98. К прерванным, в том числе сверхкоротким, случаям оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара всех типов, КСЛП не применяется.

99. 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.

100. Если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется 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 – 60% от стоимости КСГ.

101. Оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций). Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией 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 – 60% от стоимости КСГ.

102. Случаи оказания стационарной медицинской помощи, завершившиеся **летальным исходом**, предъявляются МО к оплате только после проведения патолого-анатомических исследований (кроме случаев отказов, оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации), но не позднее 2-х месяцев с даты завершения оказания медицинской помощи.

103. 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.

104. В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, 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.

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

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

2) при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

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

106. При оплате случаев лекарственной терапии злокачественных новообразований (далее-ЗНО) (КСГst05.006-st05.011, st08.001, st19.027-st19.036,ds05.003-ds05.008, ds08.001, ds19.018-ds19.027) за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в Инструкции ФФОМС по группировке КСГ.

107. 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.

108. 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 кроветрворной тканей») осуществляется по следующим правилам:

 1)в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального 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.

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

110. 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.

111. 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.

112. Отнесение к КСГ st19.039-st19.048 и ds19.001-ds19.010случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и количества дней проведения лучевой терапии (числа фракций).

113. 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.

114. В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов Инструкции ФФОМС по группировке КСГ, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

115. Оплата по КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ» осуществляется при наличии показаний подтвержденных врачебной комиссией и направления на данное исследование выданного ГБУЗ РК «Республиканский онкологический диспансер».

 116. При расчете стоимости случаев лекарственной терапии в тарифе учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

**10. Оплата скорой медицинской помощи**

117.Оплата скорой медицинской помощи (далее – СМП) осуществляется:

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

2) за вызов (используется при оплате медицинской помощи в случае проведения тромболизиса, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС).

118. Средний размер финансового обеспечения СМП, оказываемой вне медицинской организации, МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, и численности застрахованного населения Республики Карелия по состоянию на 01.01.2018 года, за исключением размера средств, направляемых на оплату СМП вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Карелия, на территории которого выдан полис ОМС, за вызов.

119. Средний подушевой норматив финансирования СМП, оказываемой вне МО, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения СМП, оказываемой вне медицинской организации, МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, в расчете на одно застрахованное лицо и численности застрахованного населения Республики Карелия по состоянию на 01.04.2017 года, за исключением размера средств, направляемых на оплату СМП вне медицинской организации застрахованным в Республике Карелия лицам за вызов.

120. Базовый подушевой норматив финансирования СМП определяется исходя из среднего подушевого норматива финансирования СМП без учета коэффициента дифференциации для Республики Карелия - 1,526 (далее - базовый подушевой норматив финансирования СМП).

121. Интегрированный коэффициент дифференциации базового подушевого норматива СМП по медицинской организации $\left(КД\_{ИНТ }\right) $определяется по следующей формуле:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| $КД\_{ИНТ}=КД\_{ПВ}× КД\_{СУБ}×КДпн×КД\_{СР}$, где: | – | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| $КД\_{ПВ}- $половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации **(Приложение №44)**;$КД\_{СУБ}$ - коэффициент дифференциации, учитывающий районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации **(Приложение №44)**;КДпн – коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения Республики Карелия **(Приложение №44)**; КДср - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания **(Приложение №44)**.122. Половозрастные коэффициенты дифференциации учитывают различия в уровне затрат на оказание СМП в зависимости от половозрастной структуры населения:1)ноль – один год мужчины/женщины;2) один год – четыре года мужчины/женщины;3) пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины;4) восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;5) восемнадцать – пятьдесят четыре года женщины;6) шестьдесят лет и старше мужчины;7) пятьдесят пять лет и старше женщины.123. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитаны Фондом на основании реестров счетов на оплату СМП, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и численности застрахованных лиц на территории Республики Карелия, определяемой на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц ТФОМС РК на первое число первого месяца расчетного периода (**Приложение №45**).На основании половозрастных коэффициентов дифференциации рассчитаны половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для соответствующей медицинской организации**.**124. Коэффициент дифференциации учитывает уровень районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, установленные для территорий Республики Карелия, на которых расположена МО.Коэффициенты дифференциации для Республики Карелия и медицинских организаций рассчитываются в соответствии с постановлением Правительства РФ от 5 мая 2012 года №462. 125. Коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотность населения Республики Карелия установлены исходя из численности населения и площади территории муниципального района, городского округа. 126. Коэффициенты дифференциации, учитывающие средний радиус территории обслуживания, установлены исходя из среднего радиуса территории обслуживания СМП муниципального образования, городского округа.127. Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ранжируются от максимального до минимального значения и объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного интегрированного коэффициента для однородных групп медицинских организаций.128. Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП рассчитывается исходя из базового подушевого норматива финансирования СМП и средневзвешенного интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, определенного для однородных групп медицинских учреждений (**Приложение №46**).129. Размер финансирования медицинской организации, оказывающей СМП, определяется СМО исходя из дифференцированного подушевого норматива финансирования СМП и численности обслуживаемого застрахованного населения. |

130. Подушевой норматив финансирования СМП, базовый подушевой норматив финансирования СМП, коэффициенты дифференциации, половозрастные коэффициенты дифференциации СМП, коэффициенты дифференциации, учитывающие особенности расселения и плотность населения, коэффициенты дифференциации, учитывающие средний радиус территории обслуживания, средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп медицинских организаций утверждаются Тарифным соглашением.

131. Подушевой норматив финансирования для ГБУЗ РК «Больница скорой 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 **Приложением №47**, и Регламентом информационного взаимодействия в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А.Баранова», ГБУЗ РК "Пряжинская центральная районная больница", ГБУЗ РК "Больница скорой медицинской помощи" для оказания скорой медицинской помощи (**Приложение №48**).

132. 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.

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, Территориального фонда 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 (**Приложение №49**).

133. 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).

134. 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.

135. 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.

136. При проведении контроля объёмов, сроков, качества, условий предоставления СМП сумма финансовых санкций по результатам контроля удерживается из объёма подушевого финансирования СМП.

137. Оплата скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса осуществляется по тарифу за вызов (**Приложение №50**).

138. Не подлежит оплате за счет средств ОМС 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, смерть до приезда СМП, 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) оказание паллиативной помощи (в том числе, выполнение плановых инъекций наркотических и ненаркотических анальгетиков по назначению врача).

139. 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 порядка предусмотренного настоящим тарифным соглашением.