Приложение № 2

к Тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2020 год

**Способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного**

**медицинского страхования Республики Карелия**

 При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установлены следующие способы оплаты:

* по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеванийи подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);
* за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
* за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

**1.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).**

1. Оплата **по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц** (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), производится МО, включенным в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в сфере ОМС Республики Карелия (**Приложение № 1**).

2. Подушевой норматив финансирования включает в себя:

1) оказание первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов), 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).

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.

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

3. Сверка численности прикрепленного населения по состоянию на 1 число каждого месяца осуществляется СМО с МО в соответствии с соглашением об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия утвержденным на 2020 год.

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 по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| base_1_217556_54 | 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, рублей; |
| НоПРОФ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НоОЗ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
| НоНЕОТЛ | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
| НфзПРОФ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзОЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| НфзНЕОТЛ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | размер 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 обязательного медицинского страхования, рублей; |
| Чз | численность застрахованного населения Республики Карелия, человек. |

5. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, в расчете на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

$ПН\_{А}=\frac{ФО\_{СР}^{АМБ}×Ч\_{З}-ОС\_{ФАП}-ОС\_{ИССЛЕД}-ОС\_{ПО}-ОС\_{ДИСП}-ОС\_{НЕОТЛ}}{Ч\_{З}}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНА | подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей; |
| ОСФАП | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;  |
| ОСИССЛЕД | размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;  |
| ОСПО | размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСДИСП | размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСНЕОТЛ | размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей. |

6. Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНА), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, в расчете на одно застрахованное лицо определяется средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$ПН\_{БАЗ}=ПН\_{А}-\frac{ОС\_{ЕО}}{Ч\_{З}}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей; |
| ОСЕО | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей. |

7. Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи (далее - базовый подушевой норматив финансирования) определяется исходя из среднего подушевого норматива финансирования без учета суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки 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.

8.На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитывается дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$ДП\_{Н}^{i}=ПН\_{БАЗ}×КУ\_{МО}^{i}×КД\_{ПВ}^{i}×КД\_{ОТ}^{i}×КД\_{СУБ}^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ДП\_{Н}^{i}$$ | дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей; |
| $$КУ\_{МО}^{i}$$ | коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, к которому относится i-тая медицинская организация;$КД\_{ПВ}^{i}$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организации;$КД\_{ОТ}^{i} $коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113, для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04). |
| $$КД\_{СУБ}^{i}$$ | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка 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 или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, установленные для территории, на которой расположена i-тая медицинская организация.  |

9. Половозрастные коэффициенты дифференциации учитывают различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи в зависимости от половозрастной структуры населения:

1) до года мужчины/женщины;

2) один год – четыре года мужчины/женщины;

3) пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

4) восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины;

Для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

10. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании реестров счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и численности застрахованных лиц на территории Республики Карелия. (**Приложение № 5**).

На основании половозрастных коэффициентов дифференциации рассчитываются половозрастные коэффициенты дифференциации для медицинских организаций (**Приложение №6**).

 11. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК=\frac{\sum\_{i}^{}(ДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i})}{ПН\_{БАЗ}×Ч\_{З}}.$$

12.Расчет уточненных предельных размеров финансового обеспечения МО осуществляется ежеквартально, исходя из численности прикрепленного населения по состоянию на 01.01.2020 г., 01.04.2020 г., 01.07.2020 г., 01.10.2020 г.

 13. Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$ОС\_{ПН}=ФДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}×(1-Д\_{РД})+ОС\_{РД}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей; |
| ДРД | доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, равная 0,01; |
| ОСРД | размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей. |

14. 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 межведомственным соглашением о порядке формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхования в сфере ОМС Республики Карелия утвержденным на 2020 год.

15. 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 объемов медицинской помощи и финансовых средств, установленных Комиссией на текущий год с поквартальным распределением с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

 16. Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется ежемесячно в соответствии с численностью обслуживаемого населения, при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Минздравом России (наличие лицензии, соответствие стандартам оснащенности, наличие занятых штатных должностей не менее 0,25 ставки и пр.) исходя из одной двенадцатой размера финансового обеспечения) по нормативам, установленным Программой с применением коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением №462.

17. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов (обслуживающих менее 100 жителей, а также не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению) определяется исходя из установленных Программой нормативов, с применением понижающего поправочного коэффициента в размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерского-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

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

$ОС\_{ФАП}^{i}=\sum\_{n}^{}(Ч\_{ФАП}^{n}×ФРО\_{ФАП}^{n}×ПК\_{ФРО}^{n})$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ОС\_{ФАП}^{i}$$ | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
| $$Ч\_{ФАП}^{n}$$ | число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
| $$ФРО\_{ФАП}^{n}$$ | размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
| $$ПК\_{ФРО}^{n}$$ | поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

19. Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения.

20.Перечень ФП, ФАП и размеры финансового обеспечения в разрезе страховых организаций представлены в **Приложении № 7**.

**1.2. Порядок осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за достижение целевых показателей результативности деятельности медицинской организации.**

21. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

21.1. Размер средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, устанавливается в размере 1% от размера финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу.

21.2. Для оценки результативности деятельности медицинских организаций предусмотрены показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, включая показатели объема медицинской помощи, и критерии их оценки, включая целевые значения, (**Приложение №8);**

21.3. Стимулирующие выплаты производятся по итогам работы за год.

21.4. Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций и расчет размера стимулирующих выплат осуществляется страховыми медицинскими организациями.

21.5. Результаты оценки деятельности выносится на рассмотрение Комиссии по разработке ТП ОМС и утверждается решением Комиссии.

21.6. Стимулирующие выплаты производятся страховой медицинской организацией при условии выполнения медицинской организацией целевых значений по всем показателям. Страховая медицинская организация производит стимулирующие выплаты медицинским организациям при окончательном расчете за декабрь.

21.7. При невыполнении медицинской организацией целевого значения одного из показателей стимулирующие выплаты не производятся.

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

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

23. 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 объемов медицинской помощи и финансовых средств, установленных Комиссией на текущий год с поквартальным распределением с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

24. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности и является основанием для формирования Приложения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на \_\_\_\_ год».

25. При проведении медико-экономического контроля, в случае превышения квартальных показателей объемов, страховые медицинские организации проводят оплату оказанной медицинской помощи в пределах объемов и финансов, утвержденных на квартал.

26. По установленным тарифам за единицу объема медицинской помощи (тарифы для амбулаторно-поликлинической медицинской помощи приведены в **Приложении № 9, Приложении № 10**) 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 №1**);

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;

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 следующими врачами-специалистами: гематолог, кардиолог-аритмолог, нейрохирург, сурдолог-отоларинголог, сердечно-сосудистый хирург, торакальный хирург, челюстно-лицевой хирург, врачами-специалистами республиканских центров: аллерголог, пульмонолог, эндокринолог, офтальмолог, хирург, невролог;

13) услуги по размораживанию криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) как отдельный этап экстракорпорального оплодотворения.

27. 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.

28. **Оплата по тарифу за обращение (законченный случай)** осуществляется при обращении по поводу заболевания.

28.1. **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.

28.1.1. 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).

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

28.1.3. 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).

 28.2. Оплата профилактических медицинских осмотров в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 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».

28.2.1.Порядок взаимодействия МО, СМО и ТФОМС РК при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий устанавливается межведомственным соглашением о взаимодействии медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Министерства здравоохранения Республики Карелия, при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи утвержденным на 2020 год.

28.2.2. 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.

28.3. **Диспансеризация взрослого населения проводится** 1 раз в 3 года в возрастные периоды с 18 лет и до 39 лет включительно и ежегодно в возрасте 40 лет и старше, предусмотренные Приказом МЗ РФ от 13.03.2019 №124н, 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).

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

28.3.1.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.

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

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

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

28.3.4.Диспансеризация проводится в 2 этапа. Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, в том числе в субботу.

28.3.5.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.

 28.3.6. Первый этап диспансеризации считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с [приложением № 2](#P3335) к порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н.

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

28.3.8Оплата 2 этапа диспансеризации взрослого населения осуществляется по тарифу посещения с профилактической целью.

28.4. **Профилактический медицинский осмотр** взрослого населения проводится 1 раз в год с 18 лет включительно.

 28.4.1. Профилактический медицинский осмотр считается завершеннымв случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером.

28.4.2. Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр в МО, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

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

28.4.3. Профилактический медицинский осмотр может проводиться мобильными медицинскими бригадами, в том числе в вечерние часы и субботу.

28.4.4. Оплата профилактического осмотра по тарифу за выходной день осуществляется в случае, если профилактический осмотр пройден в течении одного дня (суббота).

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

28.5. **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.

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

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

28.5.3. Оплата 2-го этапа диспансеризации указанных категорий детей осуществляется по тарифу посещения с профилактической целью.

28.6. **Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних** оплачиваются по тарифу за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

28.6.1.Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (Приложение № 1 к Порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 года № 514н.

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

28.6.3.Профилактические осмотры проводится в 2 этапа. Первый этап профилактических осмотров может проводиться мобильными медицинскими бригадами, в том числе в субботу.

28.6.4. 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».

28.6.5. 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.

28.6.6. 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.

28.6.7. 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).

28.6.8. Оплата 2-го этапа профилактических осмотров несовершеннолетних осуществляется по тарифу посещения с профилактической целью.

29. **Оплата услуги по размораживанию криоконсервированных** эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос) как отдельный этап экстракорпорального оплодотворения. осуществляется по тарифу в амбулаторных условиях в соответствии с **Приложением № 11.**

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

1) при посещениях с профилактической целью;

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

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

31.1. **разовые посещения по поводу заболевания посещения по заболеванию**:

1) однократные посещения по заболеваниям к участковым врачам-педиатрам, участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики, врачам-специалистам **и медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование,** ведущих самостоятельный прием, 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.

31.2. **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.

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

31.4. **посещение в связи с диспансерным наблюдением** - однократные посещения в целях профилактического медицинского осмотра организованные в рамках диспансерного наблюдения за больными хроническими заболеваниями или перенесшими острые заболевания, включенные и оплачиваемые по подушевому нормативу.

31.4.1. 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.

31.4.2. 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.

31.4.3. Порядок взаимодействия МО, СМО и ТФОМС РК при организации прохождения застрахованными лицами диспансерного наблюдения устанавливается межведомственным соглашением о взаимодействии медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Министерства здравоохранения Республики Карелия, при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи утвержденным на 2019 год**.**

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

31.6. **посещения с иными целями:**

31.6.1. посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

31.6.2. посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

31.6.3. разовые посещения в связи с заболеваниями;

31.6.4. посещения центров здоровья;

31.6.5.посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

31.6.6. посещения центров амбулаторной онкологической помощи (за исключением комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в центрах амбулаторной онкологической помощи);

31.6.7. посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

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

31.7.1. 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.

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

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

31.7.4. 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).

31.7.5. 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.

31.7.6. 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).

31.7.7. При одновременном проведении диспансеризации и посещении Центра здоровья оплате подлежит случай проведения диспансеризации.

32. **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.

32.1Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

32.2Посещения 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.

32.3Посещения 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).

 32.4 Неотложная стоматологическая помощь, оказываемая врачами и средним медицинским персоналом пациентам получающим медицинскую помощь в стационаре круглосуточного пребывания подлежит оплате в полном объеме по тарифам утвержденным **Приложением № 9** к настоящему тарифному соглашению.

33. **Оплата стоматологической помощи.**

33.1.Оплата производится за посещение с профилактической или неотложной целью, или обращение по заболеванию 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.

33.2. Стоимость посещения или 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.

33.3. 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.

33.4. Определение количества УЕТ при оказании стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, (**Приложение №12)**.

34. **Оплата за медицинскую услугу**:

1) процедуры диализа, включающего различные методы;

2) диагностических исследований в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия в рамках межучережденческих расчетов;

3) медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

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

34.1.2. Оплата услуг диализа производится в пределах годовых объемов медицинской помощи с поквартальным распределением и в пределах соответствующих финансовых планов с поквартальным распределением, утвержденных решением Комиссии об изменении объемов медицинской помощи.

34.1.3. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности и является основанием для формирования Приложения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2020 год».

34.1.4. При проведении медико-экономического контроля, в случае превышения квартальных показателей объемов, страховые медицинские организации проводят оплату оказанной медицинской помощи в пределах объемов и финансов, утвержденных на квартал.

34.1.5. 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).

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

34.1.7. Тарифы на услуги за проведение диализа устанавливаются дифференцированно по методам диализа (**Приложение №11**), при этом тарифы не включают в себя проезд пациентов до места оказания медицинских услуг диализа.

34.2. **Оплата за диагностические исследования в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия в рамках межучережденческих расчетов:**

34.2.1. Диагностические исследования, выполненные на основании направлений Прионежского филиала ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А.Баранова», не включенных в пункт 35 настоящего приложения к тарифному соглашению, без учета граждан, застрахованных за пределами Республики Карелия, осуществляется в пределах утвержденных видов и объемов в рамках Приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия.

34.2.2. Перечень видов исследований и тарифы на диагностические исследования установлены в рамках межучережденческих расчетов **в Приложении №13.**

34.2.3. 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».

34.2.4. 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.

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

34.3.1. Оказывается в медицинских организациях третьего уровня, а так же на базе межрайонных больниц, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

34.3.2. Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи является дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой.

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

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

34.3.4. Расчет за телемедицинскую помощь между медицинской организацией направившей пациента на телемедицинскую консультацию и медицинской организацией осуществившей телемедицинскую консультацию осуществляется по тарифам за услугу **(Приложение № 12).**

34.3.5. Тарифы на оплату телемедицинских консультаций утверждаются тарифным соглашением на основании Перечня видов услуг, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

**1.4 Оплата за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).**

**35. Оплата отдельных диагностических медицинских услуг:**

1) компьютерная томография (далее - КТ);

2) магнитно-резонансные исследования (далее - МРТ);

3) ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы;

4) эндоскопические диагностические исследования;

5) молекулярно-генетичеких и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеванийи подбора таргетной терапии.

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

35.2. Направление пациентов на диагностические (лабораторные) исследования осуществляется в соответствии с Порядком маршрутизации пациентов и объемами (квотами), утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

35.3. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется в пределах плановых заданий на год с поквартальным распределением, утвержденным Комиссией по разработке ТП ОМС.

35.4. Страховые медицинские организации осуществляют контроль за назначением, направлением на проведение и выполнением отдельных диагностических (лабораторных) исследований в соответствии с законодательством Российской Федерации.

35.5. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется:

1) За отдельное диагностическое (лабораторное) исследование оплачивается по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу (цель посещение по заболеванию), при направлении из медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, в иную медицинскую организацию.

2) За отдельное диагностическое (лабораторное) исследование при оказании медицинской помощи в медицинской организации, к которой прикреплен пациент. Если услуга оказывается в МО прикрепления, в рамках обращения по заболеванию, то оплата производится по подушевого нормативу финансирования в сочетании с применением тарифа за оказанную услугу.

3) За отдельное диагностическое (лабораторное) исследование при оказании медицинской помощи в медицинской организации, к которой пациент не прикреплен, но которая имеет прикрепленное население.

Если услуга оказывается вне МО прикрепления, в рамках обращения по заболеванию, то оплата производится по тарифу за обращение по заболеванию в сочетании с применением тарифа за оказанную услугу.

При этом стоимость услуги не удерживается СМО из объёма подушевого финансирования МО прикрепления.

35.6. Перечень видов и тарифы на оплату диагностических услуг установлены **в Приложении № 11.**

**36. Оплата медицинской помощи при централизованном оказаний гистологических исследований.**

36.1. Стоимость медицинской помощи при централизованном оказаний исследований не включенных в пункт 35 настоящего приложения к тарифному соглашению включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

36.2. Перечень медицинских организаций имеющих право на централизованное оказание исследований, не включенных в пункт 35 настоящего приложения к тарифному соглашению, коды услуг и тарифы на оплату исследований не включенных в пункт 35 настоящего приложения к тарифному соглашению утверждаются на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Карелия (**Приложение № 11**).

36.3. Расчет за оказание исследований, не включенных в пункт 35 настоящего приложения к тарифному соглашению между медицинской организацией направившей пациента на оказание данных исследований и медицинской организацией осуществившей их оказание осуществляется СМО на основании отдельного реестра–счетов, в рамках утвержденных объемов оказание и утвержденного финансового плана на оказание исследования медицинской организации оказывающей данный вид медицинских услуг.

36.4. Реестр счетов за централизованное оказание исследований не включенных в пункт 35 настоящего приложения к тарифному соглашению 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.

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

1) амбулаторные посещения в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном или дневном стационаре в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь (кроме дня поступления и выписки из круглосуточного стационара и дневного стационара, консультативных осмотров (разовых посещений по заболеванию) выполненных в других медицинских организациях, 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).

38. 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)**

39. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ) производится в пределах годовых объемов медицинской помощи с поквартальным распределением и в пределах соответствующих финансовых планов с поквартальным распределением, утвержденных решением Комиссии об изменении объемов медицинской помощи.

40. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности и является основанием для формирования Приложения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2020 год».

41. При проведении медико-экономического контроля, в случае превышения квартальных показателей объемов, страховые медицинские организации проводят оплату оказанной медицинской помощи в пределах объемов и финансов, утвержденных на квартал.

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

42.1. 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;

42.2. 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;

42.3. 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));

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

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

43.1. 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; ООМС

3) схема лекарственной терапии;

4) МНН лекарственного препарата;

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

6) код сопутствующего (вторичного) диагноза;

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

8) пол;

9) возраст;

10) длительность пребывания в стационаре.

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

12) схема лечения;

13) длительность непрерывного проведенияресурсоемких медицинских услуг: искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга;

14) количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

43.2. 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.

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

43.4. 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. При этом КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией» формируется с учетом двух классификационных критериев - основного диагноза пациента (из установленного расшифровкой групп перечня) и дополнительного диагноза пациента (R54 старческая астения). Обязательным условием для оплаты медицинской помощи по данной КСГ также является лечение на геронтологическом профиле.

 43.5 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 13.12.2019 №17151/26-1/и) (далее - Инструкция ФФОМС по группировке случаев на 2020 год).

43.6. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

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

43.8. 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.

43.9. 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.

43.10. 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.

43.11. В **Приложении №14** приведены комбинации КСГ, в которых, при наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, отнесение случая осуществляется только на основании кода Номенклатуры.

43.12. 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.

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

44. 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).

45. 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 (СПК), учитывающего прогнозируемый рост средней сложности пролеченных больных.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением и рассчитывается по формуле:

$БС=\frac{ОС}{Ч\_{СЛ}×СПК}$.

СПК рассчитывается по формуле:

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

46. 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 1,525.

47. 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:

- управленческий коэффициент;

- коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи;

- коэффициент сложности лечения пациента.

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

$ПК=КУ\_{КСГ/КПГ}×КУС\_{МО}×КСЛП$, где

|  |  |
| --- | --- |
| $$КУ\_{КСГ/КПГ}$$ | управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ); |
| $$КУС\_{МО}$$ | коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данного случая). |

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

Сзс = БС х х КЗксг х ПК х КД

где:

БС - базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коээфициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ

КД – коэффициент дифференциации для МО;

50. Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ) приведена в **Приложении №3**.

51. Коэффициенты дифференциации для МО устанавливаются в соответствии **с Приложением № 1**.

52. Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ для круглосуточных стационаров устанавливаются для каждой КСГ на федеральном уровне (**Приложение №15**) и не могут быть изменены при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

53. Коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи (для круглосуточных и дневных стационаров) приведены в **Приложении №16.**

54. 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 №17**.

**55. Условия применения КСЛП (Приложение № 18):**

55.1. 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.

55.2. 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.

55.3. 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.

 55.4. 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 включен в перечень диагнозов, определенных КСГ st38.001 «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»; дополнительный диагноз пациента – старческая астения (R54); лечение осуществляется на геронтологической профильной койке.

 55.5. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, влияющей на сложность лечения пациента (перечень заболеваний представлен в **Приложении №19**), оплачивается с применением КСЛП – 1,1.

55.6. Оплата случаев лечения пациентов, ранее перенесших субарахноидальное кровоизлияние в следствие разрыва аневризм церебральных сосудов и госпитализированных в плановом порядке в нейрохирургическое отделение для проведения тотальной селективной церебральной ангиографии осуществляется с использованием КСЛП - 1,3.

 55.7 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:

 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.

 Сочетание всех схем и кодов противоопухолевого лечения применяется в соответствии с приложениями №10 и №11 Соглашения о порядке формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в сфере ОМС Республики Карелия и информационном обмене между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Карелия, Министерством здравоохранения Республики Карелия и страховыми медицинскими организациями Республики Карелия.

 55.8. 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).

55.9. 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 №20.**

55.10. Значения КСЛП при сверхдлительных сроках госпитализации приведены в **Приложении № 21.**

55.11. Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в **Приложении №22**) оплачивается с применением КСЛП – 1,2.

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

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

55.12.2. 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 №23**).

###  55.13. Случаи проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами оплачиваются с применением КСЛП - 1,4.

 55.13.1. В случаях лечения пациентов в стационарных условиях при заболеваниях и их осложнениях, вызванных микроорганизмами с антибиотикорезистентностью, а также в случаях лечения по поводу инвазивных микозов применяется КСЛП в соответствии со всеми перечисленными критериями:

 1) наличие инфекционного диагноза с кодом МКБ 10, вынесенного в клинический диагноз (столбец Расшифровки групп «Основной диагноз» или «Диагноз осложнения»);

 2) наличие результатов микробиологического исследования с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам и/или детекции основных классов карбапенемаз (сериновые, металлобеталактамазы), подтверждающих обоснованность назначения схемы антибактериальной терапии (предполагается наличие результатов на момент завершения случая госпитализации, в том числе прерванного, при этом допускается назначение антимикробной терапии до получения результатов микробиологического исследования);

 3) применение как минимум одного лекарственного препарата в парентеральной форме из перечня МНН в составе схем антибактериальной и/или антимикотической терапии в течение не менее чем 5 суток.

###  55.14. Случаи проведения иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции на фоне лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде оплачиваются с применением КСЛП 1,05.

 55.14.1. КСЛП применяется в случаях если сроки проведения первой иммунизации против РСВ инфекции совпадают по времени с госпитализацией по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации.

###  55.15. Проведение молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в целях диагностики злокачественных новообразований оплачивается с применением КСЛП - 1,04.

 КСЛП применяется при проведении молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования в ходе случаев диагностики злокачественных новообразований в стационарных условиях, в том числе в случаях госпитализации по поводу хирургического лечения.

 Применение КСЛП возможно как при проведениимолекулярно-генетического или иммуногистохимического исследования по отдельности, так и при проведении обоих указанных исследований.

55.16. 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.

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

КСЛПСУММ= КСЛП1+ (КСЛП2-1)+(КСЛПn-1).

55.18. 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.

**56. Условия применения управленческого коэффициента.**

Управленческий коэффициент применяется к КСГ или КПГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

56.1. 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.

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

57.1. 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.

57.2. **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;

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

57.3. Если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами (за исключением подпункта 3 пункта 57.2 настоящего тарифного соглашения).

57.4. 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.

57.5. 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.

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

58.1. 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.

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

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

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

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

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

60. 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).

61. 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.

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

**за прерванный случай оказания медицинской помощи.**

62. 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. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно.

63. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме**,** независимо от длительности лечения (в том числе при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) и за исключением случаев предусмотренных пунктом 62 настоящего тарифного соглашения представлен в таблице **Приложения № 24.**

64. 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, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, осуществляется в пределах утвержденных Комиссией плановых заданий и годового финансового плана**.**

65. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в том числе к случаям медицинской помощи, указанным в **Приложении №24**, КСЛП не применяется.

66. 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.

67. 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.

Данное правило применимо ко всем случаям оказания лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях без исключений.

68. 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.

69. 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.

70. 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.

71. 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.

72. В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство 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.

73. Если хирургическое вмешательство 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.

74. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию устанавливается согласно **Приложения № 25 и Приложения №26.**

**4. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи**

75. 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, по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рассчитанных с учетом коэффициента дифференциации по формуле, указанной в письме Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» **(Приложение №27).**

76. 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).

77. 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.

78. Оплата ВМП и специализированной медицинской помощи.

78.1. 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.

78.2. 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.

78.3. 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.

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

78.5. 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 иных видов высокотехнологичной медицинской помощи. Указанные случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи оплачиваются по соответствующим видам и методам ВМП. Случаи учитываются в реестре счета переводом/переводами в рамках одной госпитализации.

79. В случае перевода пациента из ПСЦ или стационара МО в РСЦ, с целью диагностики или лечения и его возвращения для продолжения лечения в отделение того же профиля первоначальной МО при ОКС, ТЛТ при ОКС с подъемом st, оба случая лечения в одноименной МО (до перевода в РСЦ и после возвращения из РСЦ) подлежат учету, предъявляются в реестре счетов и оплачиваются как один случай госпитализации (по КСГ периода лечения с наибольшим размером оплаты). При этом медицинская помощь одного периода 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 в данной МО. Этап лечения в условиях РСЦ при проведении ЧКВ или АКШ оплачивается по соответствующему тарифу ВМП в ОМС, при консервативном лечении – 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)**

80. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), производится в пределах годовых объемов медицинской помощи с поквартальным распределением и в пределах соответствующих финансовых планов с поквартальным распределением, утвержденных решением Комиссии об изменении объемов медицинской помощи.

81. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности и является основанием для формирования Приложения к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2020 год».

При проведении медико-экономического контроля, в случае превышения квартальных показателей объемов, страховые медицинские организации проводят оплату оказанной медицинской помощи в пределах объемов и финансов, утвержденных на квартал.

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

82.1 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;

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

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

5) пол;

6) возраст;

7) длительность пребывания в стационаре;

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

9) cхема лекарственного лечения + МНН лекарственного препарата.

83. 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.

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

83.2. 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.

83.3. В **Приложении №28** 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.

83.4. 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.

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

84. 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; ООМС

2) предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ;

3) направляемые на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС РК.

85. 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.

86. 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 1,525.

87. 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;

4. поправочные коэффициенты:

- коэффициент уровня оказания медицинской помощи;

- управленческий коэффициент;

- коэффициент сложности лечения пациента.

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

Сзс = БС х КД х КЗксг, х ПК

где:

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

КД – коэффициент дифференциации для МО;

ПК – поправочный коээфициент;

89. Перечень КСГ для дневного стационара, к которым не применяется коэффициент уровня, приведен в **Приложении №29**.

90. Коэффициенты относительной затратоемкости по КСГ для дневных стационаров устанавливаются для каждой КСГ на федеральном уровне (**Приложение № 30**) и не могут быть изменены при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

91. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме**,** независимо от длительности лечения (в том числе при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) и за исключением случаев предусмотренных пунктом 103 настоящего тарифного соглашения представлен в таблице **Приложения № 31.**

92. 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.

**93. Условия применения управленческого коэффициента.**

Управленческий коэффициент применяется к КСГ или КПГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

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

94.1. 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.

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

94.3. 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.

94.4. 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.

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

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

95. 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.

96. 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.

**6. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационарах, за прерванный 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, летальном исходе, а также в случаях, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, осуществляется в пределах утвержденного Комиссией плановых заданий медицинской помощи оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов и ее финансового обеспечения.

98. К прерванным 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.

Данное правило применимо ко всем случаям оказания лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях без исключений.

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) (КСГ st08.001- st08.003, st19.027-st19.036, st19.056-st19.061, ds08.001- ds08.003, ds19.018-ds19.027, ds19.030-ds19.032, ds19.034-ds19.036) за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в Инструкции ФФОМС по группировке случаев на 2020 год.

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 (данные КСГ применяются в случаях, когда диагноз является основным поводом для госпитализации):

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

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

 108.1 Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037, st19.038 (ds19.028) осуществляется в соответствии с Инструкции по группировке случав ФФОМС.

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.

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

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.

**10. Оплата за медицинскую услугу, оказанную в условиях круглосуточного и дневного стационаров при проведении процедур диализа, включающего различные методы.**

115. Оплата услуги осуществляется по тарифам согласно **Приложению №11**.

116. 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.

117. 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.

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

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

120. 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.

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

121. 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).

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

122. Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) (федеральный 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).

123. 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.

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

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

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

 **12 Особенности формирования отдельных КСГ.**

126. Формирование для КСГ st10.001 «Детская хирургия (уровень 1)»; КСГ st10.002 «Детская хирургия (уровень 2)», st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций», КСГ акушерско-гинекологического профиля, КСГ для оплаты случаев лечения сепсиса, КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован», КСГ для оплаты случаев оказания медицинской помощи при эпилепсии, КСГ для случаев лечения неврологических заболеваний с применением ботулотоксина, отдельных КСГ, объединяющих случаи лечения болезней системы кровообращения, КСГ st25.004 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы» (ds25.001 «Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы», КСГ st27.014 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования», КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ», КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования», КСГ по профилю «Офтальмология», КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)», КСГ по профилю «Комбустиология», КСГ st36.003 и ds36.004 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов», КСГ st36.007 «Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов», реанимационных КСГ, КСГ для оплаты лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите С в дневном стационаре и медицинской помощи в случае отторжения, отмирания трансплантата органов и тканей осуществляется в соответствии с Инструкцией ФФОМС по группировке случаев на 2020 год.

**10. Оплата скорой медицинской помощи**

127. 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 тромболизияса).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

128. 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 01.01.2019 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.

129. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
| ОСВ | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей. |

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
| base_1_217556_69 | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций. |

130. Базовый подушевой норматив финансирования СМП определяется исходя из среднего подушевого норматива финансирования СМП без учета суммы средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки 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 (далее - базовый подушевой норматив финансирования СМП).

131. На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| ДПнi | дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
| base_1_217556_69 | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций. |

При этом объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений коэффициента дифференциации подушевого норматива. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| КДИНТ | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
| КДПВС | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
| КДСР | коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории обслуживания (при наличии); |
| КДПН | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения субъекта Российской Федерации (при наличии); |
| КДСИ | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций (при наличии); |
|  |  |
| КДСУБ | районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка 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 или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация (в соответствии с Требованиями).  |

132. 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 №32**, 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 согласно межведомственному соглашению об информационном взаимодействии в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия на 2020 год.

133. 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 согласно межведомственному соглашение о порядке формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхования в сфере ОМС Республики Карелия на 2020 год.

134. 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).

135. 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.

136. 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.

137. Оплата скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса осуществляется по тарифу за вызов (**Приложение №33**).

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, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия СМП;

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

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

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

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.

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

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