Приложение № 2

к Тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2021 год

(в редакции Дополнительного соглашения №1 от 29.01.2021г.)

**Порядок применения способов оплаты медицинской помощи**

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

 **Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц** **с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации**

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеванийи подбора противоопухолевой лекарственной 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)** к настоящему тарифному соглашению).

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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственнойтерапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе дистанционных форм динамического наблюдения за пациентами, (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;

8) медицинскую помощь, оказанную определенным группам взрослого застрахованного населения в рамках проведения 1 и 2 этапов диспансеризации;

9) медицинскую помощь, оказанную детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, в рамках проведения 1 и 2 этапов диспансеризации;

10) медицинскую помощь, оказанную 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;

11) медицинскую помощь, оказанную взрослому застрахованному населению в рамках проведения профилактических медицинских осмотров;

12) медицинскую помощь, оказанную детскому застрахованному населению в рамках проведения 1 и 2 этапов профилактических медицинских осмотров;

13) медицинскую помощь при дистанционном взаимодействии медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с пациентами и (или) их законными представителями в рамках динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе при диспансерном наблюдении (медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий);

14) медицинскую помощь, оказанная мобильными медицинскими бригадами.

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 2021 год.

4.Расчет размеров финансового обеспечения медицинской организации осуществляется ежемесячно исходя фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи для медицинской организации и численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации по состоянию на начало расчетного месяца.

 5. Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу с учетом показателей результативности 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. |

6. 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 годовых объемов медицинской помощи с помесячным распределением по условиям оказания медицинской помощи, целям и профилям оказания медицинской помощи и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением (в разрезе условий, профилей и целей оказания медицинской помощи), утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

7. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – приказ МЗСР РФ от 15.05.2012 № 543н) составляет в среднем на 2021 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 900 до 1500 жителей, – 1 601,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 1500 до 2000 жителей, – 1 798,0 тыс. рублей.

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

7.1. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов иных типов, обслуживающих менее 100 жителей, определяется исходя из установленных Программой нормативов, с применением понижающего поправочного коэффициента в размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

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

$ОС\_{ФАП}^{i}=\sum\_{n}^{}(Ч\_{ФАП}^{n}×БНФ\_{ФАП}^{n}×КС\_{БНФ}^{n})$, 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); |
| $$БНФ\_{ФАП}^{n}$$ | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
| $$КС\_{БНФ}^{n}$$ | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1). |

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

$ОС\_{ФАП}^{j}=ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j}+(\frac{БНФ\_{ФАП}^{j}×КС\_{БНФ}^{j}}{12}×n\_{МЕС})$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ОС\_{ФАП}^{j}$$ | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта; |
| $$ОС\_{ФАП\_{НГ}}^{j}$$ | размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года; |
| $$n\_{МЕС}$$ | количество месяцев, оставшихся до конца календарного года. |

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

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

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

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

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

7.8. Контроль за соответствием фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов требованиям действующего законодательства осуществляется ТФОМС РК на основании информации, предоставляемой МО.

 7.9. МО ежеквартально, не позднее пятого календарного дня месяца, следующего за отчетным кварталом, представляют в ТФОМС РК актуальную информацию о перечне фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов со сведениями о численности обслуживаемого населения, наличии лицензии и штатной численности персонала. В случае изменения сведений информация направляется в Комиссию по разработке Территориальной программы ОМС.

 7.10. Итоговый объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$ФО\_{ИТОГ}^{i}=ФДП\_{Н}^{i}×Ч\_{З}^{i}+ОС\_{ФАП}^{i}+ОС\_{ИССЛЕД}^{i}+ ОС\_{НЕОТЛ}^{i}+ОС\_{ЕО}^{i}$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| $$ФО\_{ИТОГ}^{i}$$ | фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской помощи в амбулаторных условиях, рублей;$ФДП\_{Н}^{i}$ - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;$Ч\_{З}^{i}$ - численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, человек; |
| $$ОС\_{ФАП}^{i}$$ | фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта; |
| $$ОС\_{ИССЛЕД}^{i}$$ | размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в i-той медицинской организации, рублей;  |
| $$ОС\_{НЕОТЛ}^{i}$$ | размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i-той медицинской организации, рублей; |
| $$ОС\_{ЕО}^{i}$$ | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации 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. |

 **Оплата профилактических мероприятий, в том числе
в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения**

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

8.1. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, 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» (ред. от 13.06.2019 № 396н), 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», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

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

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

**8.4. Диспансеризация взрослого населения проводится** 1 раз в 3 года в возрастные периоды с 18 лет до 39 лет включительно, и ежегодно в возрасте 40 лет и старше, предусмотренные приказом МЗ РФ от 13.03.2019 № 124н, за исключением отдельных категорий граждан, диспансеризация которых проводится ежегодно вне зависимости от возраста, а именно:

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

2) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» 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.

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

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

8.7. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации 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, 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 МЗ РФ от 13.03.2019 № 124н.

8.8. Гражданин проходит диспансеризацию и 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.

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

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

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

8.12. В рамках второго этапа диспансеризации при наличии медицинских показаний допустимо выполнение отдельных диагностических исследований, включенных в пункт 23 настоящего приложения и оплачиваемых по тарифу согласно (**Приложению № 11)** к настоящему тарифному соглашению.

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

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

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

**9.1. Диспансеризация** пребывающих в стационарных учреждениях **детей-сирот** и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, проводится ежегодно, но не более одного раза в календарном году.

**9.2.** **Профилактические осмотры несовершеннолетних** проводятся в установленные возрастные периоды, за исключением несовершеннолетних старше 2 лет, подлежащих диспансеризации в соответствии с приказами МЗ РФ от 15.02.2013 № 72н, от 11.04.2013 № 216н.

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

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

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

9.6. 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.

9.7. 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.

9.8. 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.

9.9. 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).

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

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

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

10.2. 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.

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

10.4. Оплата по тарифу за диспансерное наблюдение, профилактический медицинский осмотр, включая диспансеризацию, в том числе в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад, применяется только при оплате медицинской помощи в рамках проведения межтерриториальных расчетов.

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

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

12. 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 по разработке Территориальной программы ОМС на текущий год, с поквартальным распределением.

13. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности, и является основанием для формирования Приложения № 1 к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2021 год».

14. Оплата медицинской помощи производится в пределах годовых объемов медицинской помощи с помесячным распределением по условиям оказания медицинской помощи, целям и профилям оказания медицинской помощи, и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением в разрезе условий, профилей и целей оказания медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

15. По установленным тарифам за единицу объема медицинской помощи **посещение и обращение** (**Приложение № 9)** к настоящему тарифному соглашению) 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)** к настоящему тарифному соглашению);

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 «Детская республиканская больница» и ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи»;

4) стоматологическая медицинская помощь;

5) неотложная медицинская помощь;

6) медицинская помощь, оказываемая следующими врачами-специалистами медицинских организаций 3 уровня 1 подуровня: гематолог, кардиолог-аритмолог, нейрохирург, сурдолог-отоларинголог, сердечно-сосудистый хирург, торакальный хирург, челюстно-лицевой хирург; врачами-специалистами республиканских центров: аллерголог, пульмонолог, эндокринолог, офтальмолог, хирург, невролог;

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

16. 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.

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

**17.1. 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.

17.2. 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)).

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

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

17.5. Оплата медицинской помощи в приемном отделении Регионального и Первичных сосудистых центров в случаях оказания медицинской помощи пациентам в возрасте 18 лет и старше с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения или острый коронарный синдром, не требующих последующей госпитализации в Региональный и Первичный сосудистый центр, осуществляется по тарифу обращения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Одновременно при выполнении по неотложным показаниям в приемном отделении сосудистых центров отдельных диагностических медицинских исследований и ультразвуковых исследований брюшной полости, выполненных по неотложным показаниям, согласно перечню кодов медицинских услуг, утвержденных тарифным соглашением **(Приложение № 11** к настоящему тарифному соглашению**)**, дополнительно осуществляется оплата услуги по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу.

**18.** **Оплата медицинской помощи за посещение, за единицу объема медицинской помощи, может осуществляться**:

1) при посещениях с профилактической целью;

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

19. В целях учета, при подаче на оплату как за единицу объема медицинской помощи, так и в рамках подушевого финансирования, к посещениям при оказании медицинской помощи с профилактической целью относятся следующие виды посещений:

**1)** **разовые посещения по поводу заболевания**:

- однократные посещения по поводу заболевания к участковым врачам-педиатрам, участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики, врачам-специалистам, **и медицинским работникам, имеющим среднее медицинское образование,** ведущим самостоятельный прием, в том числе результатом которых явилось направление в стационар любого типа;

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

**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).

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

**4)** **активное посещение** - посещение пациента на дому по поводу заболевания.

**5)** **посещения с иными целями:**

- 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);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров здоровья;

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

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

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

**20. 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.

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

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

20.3.Посещения 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).

20.4. 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.

20.5. Оплата неотложной медицинской помощи производится в пределах годовых объемов медицинской помощи с помесячным распределением по профилям оказания медицинской помощи и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением в разрезе профилей оказания медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

20.6. 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 в сочетании с оплатой оказанных в приемном отделении отдельных диагностических исследований и оплатой ультразвуковых исследований брюшной полости, выполненных по неотложным показаниям, утвержденных **Приложением № 11** к настоящему тарифному соглашению**,** по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу.

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

**21.** **Оплата стоматологической помощи.**

21.1.Оплата производится за посещение с профилактической или неотложной целью, или обращение по поводу заболевания 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 годовых объемов медицинской помощи с помесячным распределением и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

21.2. Стоимость посещения или обращения по поводу заболевания 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.

21.3. 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.

21.4. Определение количества УЕТ при оказании стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ (**Приложение № 30)** к настоящему тарифному соглашению**)**.

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

**Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу**

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

1) отдельные диагностические (лабораторные) исследования;

2) процедуры диализа, включающего различные методы;

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

4) медицинская помощь с применением телемедицинских технологий;

5) медицинская реабилитация в амбулаторных условиях;

6) тестирование на выявление коронавирусной инфекции;

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

8) комплексное обследования в Центре здоровья.

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

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

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

23.3. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется в пределах годовых объемов медицинской помощи с помесячным распределением по **отдельным группам диагностических (лабораторных) исследований** и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением по **отдельным группам диагностических (лабораторных) исследований**, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

23.4. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу при наличии направления от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь.

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

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

24.2. Оплата услуг диализа производится в пределах годовых объемов медицинской помощи с помесячным распределением и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением, утвержденных решением по разработке Территориальной программы ОМС.

24.3. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности, и является основанием для формирования Приложения № 1 к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2021 год».

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

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

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

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

25.1. Диагностические исследования, выполненные на основании направлений Прионежского филиала ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», не включенных в пункт 23 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.

25.1.1. Перечень видов исследований и тарифы на диагностические исследования установлены в рамках межучрежденческих расчетов в **Приложении № 31** к настоящему тарифному соглашению**.**

25.1.2. Расчет за диагностические исследования между ГБУЗ «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 и утвержденного финансового плана ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова».

25.1.3. 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 «Республиканская больница им. В.А. Баранова», направившей застрахованных лиц на диагностические исследования, в соответствии с утвержденными тарифами за фактически выполненное количество услуг.

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

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

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

25.2.3. Расчет за выполнение централизованных цитологических исследований осуществляется СМО в рамках межучрежденческих расчетов в соответствии с утвержденными приказами Министерства Здравоохранения РК объемами и утвержденным финансовым планом на оказание указанных услуг.

25.2.4. Перечень централизованных цитологических исследований, коды услуг и тарифы утверждены **Приложением № 32** к настоящему тарифному соглашению.

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

26.1. Оплата по тарифу за медицинскую услугу осуществляется при оказании медицинской помощи в медицинских организациях третьего уровня, а так же на базе ГБУЗ «Республиканский онкологический диспансер», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

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

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

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

26.4. Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в соответствии с пунктом 26.3 настоящего приложения к тарифному соглашению осуществляется по тарифу за услугу **(Приложение № 11)** к настоящему тарифному соглашению**)** в пределах годовых объемов медицинской помощи с помесячным распределением и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением, утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС по разработке Территориальной программы ОМС.

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

**27. Оплата услуг по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (3 этап).**

27.1. Услуги по реабилитации осуществляются в рамках межучрежденческих расчетов в пределах утвержденных видов и объемов, согласно Порядку маршрутизации пациентов, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия от 10.12.2019 № 1669.

27.2. Направление на 3 этап реабилитации для травматологических больных той МО, в которой больной получал лечение, осуществляется вне зависимости от прикрепления, т.е. без привлечения МО, к которой прикреплен пациент, для формирования направления на 3 этап реабилитации.

27.3. Перечень видов и тарифы на услуги по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях установлены в **Приложении № 33** к тарифному соглашению.

27.4. Реабилитации в амбулаторных условиях (3 этап) оплачивается по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу (цель - обращение по поводу заболевания).

**28.** **Оплате тестирования на выявление коронавирусной инфекции**подлежат услуги по тестированию при обследовании пациентов~~,~~ в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Тарифы на услуги по тестированию на выявление коронавирусной инфекции установлены в **Приложении № 11** к тарифному соглашению.

 **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.

**30.** **Комплексное обследование в Центре здоровья, Центре здоровья для детей,** осуществляется по тарифу за медицинскую услугу, при условии проведения гражданину 100 % объема обследований, и осуществляется один раз в отчетном календарном году.

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

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

30.3. Посещение для динамического наблюдения в Центре здоровья, Центре здоровья для детей принимается к оплате не ранее, чем через месяц с даты законченного случая первичного обращения в Центр здоровья, Центр здоровья для детей в отношении одного и того же гражданина, ребенка (подростка).

30.4. 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.

30.5. Посещение для динамического наблюдения в Центрах здоровья учитывается в реестрах на оплату как посещение при оказании медицинской помощи с профилактической целью. Кодируются такие посещения в соответствии с классом XXI МКБ10 (Z00-Z99).

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

**31. 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 по разработке Территориальной программы ОМС;

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).

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

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

33. 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 помесячным распределением по профилям оказания медицинской помощи и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением (в разрезе профилей оказания медицинской помощи), утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

34. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности, и является основанием для формирования Приложения № 1 к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2021 год».

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

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

2) заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню 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;

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

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

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

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) 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);

15) показания к применению лекарственного препарата;

16)Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

17) степень тяжести заболевания.

37. 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.

38. 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».

39. 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».

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

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

 41.Перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установлены приложением 8 и приложением 9 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

42. 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. Медицинской организацией должен быть обеспечен учет всех медицинских услуг и классификационных критериев, используемых в расшифровке групп.

44. В **Приложении № 26** к настоящему тарифному соглашению приведены комбинации КСГ, в которых, при наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, отнесение случая осуществляется только на основании кода Номенклатуры.

45. 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.

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

47. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ ($СС\_{КСГ})$ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях)определяется по следующей формуле:

$СС\_{КСГ}=НФЗ×КП×КЗ\_{КСГ}×ПК×КД$, где

|  |  |
| --- | --- |
| НФЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей; |
| $$КП$$ | коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования; |
| $$КЗ\_{КСГ}$$ | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| ПК | поправочный коэффициент оплаты КСГ;  |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462). |

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле:

$ПК=КС\_{КСГ}×КУС\_{МО}×КСЛП$, где

|  |  |
| --- | --- |
| $$КС\_{КСГ}$$ | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| $$КУС\_{МО}$$ | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данного случая). |

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$СС\_{КСГ}=БС×КЗ\_{КСГ}×\left(\left(1-Д\_{ЗП}\right) +Д\_{ЗП}×ПК×КД\right)$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей; |
| $$КЗ\_{КСГ/КПГ}$$ | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| $$Д\_{ЗП}$$ | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением к Тарифному соглашению значение, к которому применяется КД); |
| $$ПК$$ | поправочный коэффициент оплаты КСГ; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

**48. Условия применения КСЛП:**

48.1. Случаи, для которых установлен КСЛП и его значения, утверждаются **Приложением № 14** к настоящему тарифному соглашению.

48.2. Предоставление 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 - 1,2.

48.3. 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.

 48.4. Сложность лечения пациента, связанная с возрастом, для лиц старше 75 лет (в том числе, включая консультацию врача-гериатра) оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 1,02 кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки.

 48.5. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, влияющей на сложность лечения пациента (перечень заболеваний представлен в **Приложении № 18** к настоящему тарифному соглашению), оплачивается с применением КСЛП – 1,5.

 48.6. Оплата случаев обоснованной сверхдлительной госпитализации осуществляется с применением КСЛП 1,5. При этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

 48.7. Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089, ds19.050-ds19.062), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

48.8. Проведение сочетанных хирургических вмешательств (перечень возможных сочетанных операций представлен в **Приложении № 27** к настоящему тарифному соглашению) оплачивается с применением КСЛП – 1,3.

48.9. Проведение однотипных операций на парных органах, а также при одномоментном проведении ангиографических исследований разных сосудистых бассейнов кровеносного русла, в том числе при сочетании коронарографии и ангиографии, оплачивается с применением КСЛП – 1,3.

48.10. Перечень однотипных операций на парных органах представлен в **Приложении № 28** к настоящему тарифному соглашению.

###  48.11. Случаи проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, оплачиваются с применением КСЛП - 1,5.

 48.12. 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.

 48.13. Случаи проведения первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, оплачиваются с применением КСЛП 1,2. 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.

48.14. Развертывание индивидуального поста, утвержденного приказом руководителя медицинской организации, с отражением учета рабочего времени персонала в табеле учета рабочего времени оплачиваются с применением КСЛП 1,2.

 48.15. 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 сверхдлительного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

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

КСЛПСУММ= КСЛП1+ (КСЛП2-1)+(КСЛПn-1).

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

50. 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.

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

51.1. 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.

51.2. 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.

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

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

2) при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии 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, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии в одной МО;

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

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

51.4. Если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами (за исключением пункта 51.3. настоящего тарифного соглашения).

51.5. При переводе пациента из одного отделения МО в другое, в том числе при переводе из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот (при этом в реестре счетов оформляются два законченных случая), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

51.6. 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.

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

52.1. 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.

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

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

52.4. 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).

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

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

54. Медицинская помощь в рамках обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях круглосуточного стационара ГБУЗ «Детская республиканская больница» 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).

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

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

**за прерванный случай оказания медицинской помощи**

56. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно.

57. Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеменезависимо 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), за исключением случаев, предусмотренных пунктом 51 настоящего тарифного соглашения, представлен в **Приложении № 29** к настоящему тарифному соглашению.

58. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за прерванный случай оказания медицинской помощи, осуществляется в пределах утвержденных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС плановых заданий и годового финансового плана**.**

59. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в том числе к случаям медицинской помощи, указанным в **Приложении № 29** к настоящему тарифному соглашению, КСЛП не применяется.

60. В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия (при инфаркте миокарда или инфаркте мозга), 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.

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

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

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

 62. В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

63. В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились:

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

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

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

64. Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций). Прерванные случаи 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 – 20% от стоимости КСГ;

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

65. 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.

66. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию в стационарных условиях, устанавливается согласно **Приложению № 25** к настоящему тарифному соглашению**.**

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

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

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

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

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

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

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

- в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплатазаконченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)» вне зависимости от длительности лечения (за исключением сверхдлительных случаев госпитализации).

72. Оплата случая лечения до перевода на амбулаторный этап лечения осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенном настоящим тарифным соглашением.

**V. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи**

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

 74. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.
 В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

75. Оплата ВМП и специализированной медицинской помощи.

75.1. При направлении в медицинскую организацию 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.

75.2. Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

75.3. После оказания в 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.

76. 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.

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

77. 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 помесячным распределением по профилям оказания медицинской помощи и в пределах соответствующих финансовых планов с помесячным распределением (в разрезе профилей оказания медицинской помощи), утвержденных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

78. Распределение объемов и стоимости оказания медицинской помощи по страховым медицинским организациям утверждается решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС на год с поквартальным распределением, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности и является основанием для формирования Приложения № 1 к договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС «Объемы медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2021 год».

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

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.

10) этап проведения экстракорпорального оплодотворения;

11) показания к применению лекарственного препарата;

12) объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

13) степень тяжести заболевания.

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

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

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

83. В **Приложении № 34** к настоящему тарифному соглашениюприведены комбинации КСГ дневных стационаров, в которых, при наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, отнесение случая осуществляется только на основании кода Номенклатуры.

84. 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.

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

86. Стоимость одного законченного случая лечения по КСГ ($СС\_{КСГ})$ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях)определяется по следующей формуле:

$СС\_{КСГ}=НФЗ×КП×КЗ\_{КСГ}×ПК×КД$, где

|  |  |
| --- | --- |
| НФЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей; |
| $$КП$$ | коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 65 % от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60 % от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования; |
| $$КЗ\_{КСГ}$$ | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне); |
| ПК | поправочный коэффициент оплаты КСГ;  |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается по следующей формуле:

$ПК=КС\_{КСГ}×КУС\_{МО}×КСЛП$, где

|  |  |
| --- | --- |
| $$КС\_{КСГ}$$ | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| $$КУС\_{МО}$$ | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данного случая). |

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$СС\_{КСГ}=БС×КЗ\_{КСГ}×\left(\left(1-Д\_{ЗП}\right) +Д\_{ЗП}×ПК×КД\right)$, где:

|  |  |
| --- | --- |
| БС | размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей; |
| $$КЗ\_{КСГ/КПГ}$$ | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации; |
| $$Д\_{ЗП}$$ | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением к Тарифному соглашению значение, к которому применяется КД); |
| $$ПК$$ | поправочный коэффициент оплаты КСГ; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

88. 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) представлен в таблице **Приложения № 35** к настоящему тарифному соглашению.

89. 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.

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

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

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

- стимуляция суперовуляции;

- получение яйцеклетки;

- экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;

- внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

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

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

91.4. Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГосуществляется на основании иных классификационных критериев, отражающих проведение различных этапов ЭКО.

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

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

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

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

92. 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.

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

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

94. 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 по разработке Территориальной программы ОМС плановых заданий медицинской помощи оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов и ее финансового обеспечения.

95. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара всех типов КСЛП не применяется.

96. 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.

97. Если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая к КСГ, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились (при инфаркте миокарда или инфаркте мозга):

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

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

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

98. 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 – 20% от стоимости КСГ;

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

99. 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.

100. 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.

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

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

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

102. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию в условиях дневного стационара, устанавливается согласно **Приложению № 36** к настоящему тарифному соглашению**.**

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

103. При оплате случаев лекарственной терапии злокачественных новообразований (далее - ЗНО) (КСГ st08.001-st08.003, st19.062-st19.074, st19.090-st19.102; ds08.001-ds08.003, ds19.037-ds19.046, ds19.047-ds19.049, ds19.063-ds19.078) за законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, в соответствии с Методическими рекомендациями по группировке случаев на 2021 год.

104. 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.

105. 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.

 106. Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037, st19.038 (ds19.028) осуществляется в соответствии с Инструкцией ФФОМС по группировке случаев на 2021 год.

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

108. 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.

 109. 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.

110. 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.

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

112. 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.

 113. В случае применения лекарственных препаратов, не относящихся к перечню МНН лекарственных препаратов в соответствии с Инструкцией ФФОМС по группировке случаев на 2021 год, оплата случая осуществляется по соответствующей КСГ для случаев проведения лучевой терапии.

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

114. Оплата услуги осуществляется по тарифам согласно **Приложению № 11** к настоящему тарифному соглашению.

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

116. 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, или за услугу диализа в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

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

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

119. 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.

120. 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, или оказания услуг в условиях дневного стационара в другой медицинской организации. При этом случаи одновременного оказания медицинской помощи в рамках проведения медико-экономического контроля от оплаты не отклоняются (АПУ).

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

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.

123. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 и к КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 также применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ).

124. 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.

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

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

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

**XI. Оплата скорой медицинской помощи**

128. 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 тромболитической терапии).

129. Подушевой норматив финансирования для ГБУЗ «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 Регламентом информационного взаимодействия в части прикрепления застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц к ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», ГБУЗ «Пряжинская центральная районная больница», ГБУЗ «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 2021 год.

130. 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.

131. При осуществлении расчетов за СМП застрахованному гражданину, не относящемуся к обслуживаемому населению данной МО, СМО уменьшает сумму подушевого финансирования МО, в которой прикреплен гражданин, на размер стоимости оказанной СМП, рассчитанной в соответствии с утвержденными тарифами для МО, оказавшей СМП в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Карелия, ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия» по формированию Реестров счетов на оплату СМП, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов согласно межведомственному соглашению о порядке формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхования в сфере ОМС Республики Карелия на 2021 год.

132. 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).

133. 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.

134. 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.

135. Оплата скорой медицинской помощи в случае проведения тромболитической терапии осуществляется по тарифу за вызов **(Приложение № 22** к настоящему тарифному соглашению).

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

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

2) незастрахованным по ОМС лицам;

3) не идентифицированным в системе ОМС лицам;

4) при транспортировке пациента, не нуждающегося в госпитализации;

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

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

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

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

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

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

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