Приложение №2

к Тарифному соглашению

в сфере обязательного медицинского страхования

Республики Карелия на 2025 год

(в редакции Дополнительного соглашения №5 от 30.06.2025)

**Порядок применения способов оплаты медицинской помощи**

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

**Оплата по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов)** **с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи),** **перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи**

1.Подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи включает в себя:

1.1. оказание первичной доврачебной, первичной врачебной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризациии диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровьяи финансового обеспечения фельдшерских/ фельдшерско-акушерских пунктов), в том числе медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому, и телемедицинскими консультациями, проводимыми медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения), проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования;

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

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

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

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

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

1.7. медицинскую помощь при дистанционном взаимодействии медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с пациентами и (или) их законными представителями в рамках динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе при диспансерном наблюдении, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия об организации дистанционного динамического наблюдения за пациентами при оказании первичной медико-санитарной помощи в Республике Карелия;

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

1.9. проведение диспансерного наблюдения детского населения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи с хроническими неинфекционными заболеваниями и с высоким риском их развития, за исключением диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (далее – приказ МЗ РФ №302н);

1.10. медицинскую помощь, оказанную в центрах амбулаторной онкологической помощи;

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

Оплата тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний, включая грипп, в рамках межтерриториальных и межучрежденческих расчетов осуществляется по тарифам, утвержденным Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

1.12. консультирование медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

При отсутствии в медицинской организации медицинского психолога медико-психологическая помощь пациенту оказывается в иной медицинской организации.

Оплата медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов осуществляется по тарифам, утвержденным Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (), определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Республики Карелия, человек. |

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
| НоРЕПР | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи  с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений; |
| НоД(Л)И | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований; |
| НоШКОЛ | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения  по заболеванию при оказании медицинской помощи  по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
| НоЦЗ | средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| НфзРЕПР | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
| НфзД(Л)И | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| НфзШКОЛ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| НфзЦЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |

Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:



|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
| ПНБАЗ | Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей; |
| ОСПНФ | объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
| ОСРД | объем средств, направляемых медицинским организациям ОС в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей; |
| СКДот | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; |
| СКДпв | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; |
| КД | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской КД Федерации, рассчитанный в соответствии с [Постановлением](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=458868&dst=100033) № 462. |
| ЧЗ | численность застрахованного населения субъекта Российской Федерации (по решению субъекта Российской Федерации при расчете может использоваться численность населения, прикрепленного к медицинским организациям, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц), человек. |

Параметр СКДОТ используется в целях сохранения сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:



|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
|  | значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации в соответствии с [пунктом 2.5](#P779) настоящего раздела рекомендаций; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек; |

По аналогичной формуле рассчитывается значение СКДпв.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

ОСПНФ = ОСАМБ − ОСФАП − ОСД(Л)И − ОСШКОЛ − ОСНЕОТЛ − ОСЕО − ОСПО − ОСДИСП − ОСРЕПР − ОСДН − ОСЦЗ − ОС2 эт - , где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей; |
| ОСД(Л)И | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСШКОЛ | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСНЕОТЛ | объем средств, направляемых на оплату посещений  в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива); |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения), рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии  с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе углубленной диспансеризации), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСРЕПР | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСДН | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОСЦЗ | объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
| ОС2эт | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей. |
|  | объем средств, выделенный Комиссией на оплату медицинской помощи по профилю «Стоматология». |

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

,

где:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. 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 № 543н), составляет в среднем на 2025 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 101 до 900 жителей, – 1 442,9 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 901 до 1500 жителей, – 2 885,8 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 1501 до 2000 жителей, – 3 430,6тыс. 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, с учетом коэффициента доступности медицинской помощи.

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

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

, где:

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

(в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

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

, где:

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

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

При несоответствии фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов требованиям Приказа № 543н размеру финансового обеспечения применяется коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

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.

При условии несоответствия кадрового обеспечения Приказу № 543н, размер коэффициентов специфики оказания медицинской помощи представлен в таблице:

| Наименование | Модели ФП/ФАП,  обслуживающих население | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| от 101 до 900 чел. | от 901 до 1500 чел. | от 1501 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 |  |

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения, согласно Приложению №13 к настоящему Тарифному соглашению.

Для подтверждения размера финансового обеспечения, установленного Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинская организация ежеквартально не позднее пятого числа месяца, следующего за отчетным, предоставляет в ГУ ТФОМС РК информацию о наличии ФП, ФАП и соответствие их требованиям, установленным Приказом № 543н. За достоверность и полноту предоставленных сведений руководители медицинских организаций несут персональную ответственность.

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

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

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

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

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

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

4.5. Определение количества условных единиц трудоемкости (далее – УЕТ) при оказании стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ (Приложение № 21 к настоящему Тарифному соглашению).

4.6. За одну УЕТ принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

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

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

4.9.Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Стоматология» рассчитывается по следующей формуле:

,

где:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Стоматология»;

объем средств, выделенный Комиссией на оплату медицинской помощи по профилю «Стоматология»;

численность прикрепленного населения к медицинским организациям (структурным подразделениям медицинских организаций), оказывающим медицинскую помощь   
по профилю «Стоматология».

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «Стоматология» рассчитывается по следующей формуле:

|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
|  | базовый (средний) подушевой норматив финансирования по профилю «Стоматология» |

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования по профилю «Стоматология», значение параметра СКДот, СКДпв, а также коэффициенты, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования по указанному профилю, рассчитываются аналогично коэффициентам, применяемым к базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и устанавливаются в тарифном соглашении в Приложении №15.

**Оплата медицинской помощи**

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

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

6. При этом оплата первичной медико-санитарной помощи производится по тарифам за посещение с профилактической и иными целями, обращение по поводу заболевания, комплексное посещение и медицинскую услугу.

7. По установленным тарифам за единицу объема медицинской помощи посещение оплачиваются следующие виды медицинской помощи, оказанной врачами и средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием:

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

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

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

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

7.5. неотложная медицинская помощь, оказываемая неприкрепленному населению;

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

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

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

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

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

7.8. посещение врача-невролога и врача детского кардиолога в кабинете катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией с обязательным выполнением комплекса исследований по тарифу, установленному приложением №7 к настоящему Тарифному соглашению;

7.9. посещение врача-пульмонолога Респираторного центра ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» с обязательным проведением комплексного исследования функции внешнего дыхания;

7.10. посещение к врачу-офтальмологу с выполнением услуг - фокальная лазерная коагуляция глазного дна, панретинальная лазерная коагуляция;

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

7.12. реабилитации в амбулаторных условиях (3 этап) оплачивается по тарифу за единицу объема - комплексное посещение;

7.13. диспансерное наблюдение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития, осуществляемое в соответствии с приказом МЗ РФ №168н и приказом МЗ РФ № 548н. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение;

7.14. диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

7.15. медицинская помощь, оказанная в рамках проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе при проведении углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

7.16. медицинская помощь при диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

7.17. медицинская помощь при диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

7.18. медицинская помощь, оказанная определенным группам взрослого населения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров;

7.19. медицинская помощь, оказанная несовершеннолетним в рамках проведения профилактических медицинских осмотров;

7.20. Медицинская помощь в рамках школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, оплачивается за единицу объема – комплексное посещение, согласно Приложению №8 к настоящему Тарифному соглашению.

7.21. Эндовазальная лазерная коагуляция вен нижних конечностей в амбулаторных условиях.

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

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

8.2. Оплата за обращение в связи с заболеванием включает расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, 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).

8.3. 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, ведущим самостоятельный прием, указанные посещения отдельно не оплачиваются, но учитываются как выполненные медицинские услуги.

8.4. Оплата по тарифу в рамках подготовки к экстракорпоральному оплодотворению (далее – ЭКО) (цель - обращение по поводу заболевания) осуществляется при соблюдении объема исследований, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

8.5. Оплате по тарифу за обращение по заболеванию с обязательным выполнением комплекса диагностических исследований и услуг подлежат:

- комплексное обследование для постановки диагноза и назначения лекарственной терапии пациентам с хроническим вирусным гепатитом С (без цирроза печени);

- комплексное обследование для постановки диагноза и назначения лекарственной терапии пациентам с хроническим вирусным гепатитом С (с циррозом печени).

Оплата осуществляется по тарифу, установленному Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению, в соответствии с кодами услуг, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

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

**9. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, оплачиваемой по тарифам, относится:**

9.1. Оплата медицинской помощи в неотложной форме, оказанной в рамках межтерриториальных и межучрежденческих расходов;

9.2. оплата медицинской помощи в приемных отделениях стационарных медицинских организаций, не завершившейся госпитализацией пациента, осуществляется по тарифам как посещение в неотложной форме к врачам соответствующих специальностей, утвержденным Приложением №7 настоящего Тарифного соглашения.

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

9.3. оплата неотложной стоматологической помощи по тарифу в ночное время осуществляется в случае, если время окончания случая в интервале с 22.00 часов до 06.00 часов.

**10. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация взрослого населения, в том числе углубленная диспансеризация и диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.**

10.1. Оплата первого этапа профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) по тарифам, установленным Приложением № 9 к Тарифному соглашению, в соответствии с объемом медицинских исследований, установленных Приказом МЗ РФ от 27.04.2021 № 404н.

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

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

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

10.5. Оплата 2 этапа диспансеризации взрослого населения осуществляется за единицу объема – комплексное посещение по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению исходя из фактически оказанных в рамках второго этапа медицинских услуг и посещений медицинского персонала.

10.6. Оплата диспансеризации, направленной на оценку здоровья женщин и мужчин репродуктивного возраста, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение, медицинскую услугу), согласно перечню исследований и иных медицинских вмешательств, утвержденного приложением [приложению № 6](#P11050) к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РФ на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

10.7. Оплата отдельных лабораторных исследований в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста, выполненных ГБУЗ «Республиканский перинатальный центр им. Гуткина К.А.», ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница» осуществляется ГУ ТФОМС РК по тарифам в соответствии Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках межучрежденческих расчетов, при наличии направления от медицинской организации.

10.8. Тариф выходного дня при проведении 1 и 2 этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, применяется если начало и/или завершение диспансеризации осуществляется в выходной день.

11. 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.

11.1. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, проводится ежегодно, но не более одного раза в календарном году в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении порядка диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

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

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

11.4. Оплате подлежат случаи 1 этапа диспансеризации указанных категорий детей и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних при выполнении объемов исследований, установленных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

11.7. Оплата 2 этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью и 2 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется за единицу объема – комплексное посещение, исходя из фактически оказанных в рамках второго этапа медицинских услуг, и посещений медицинского персонала по стоимости обращения по заболеванию.

**12. Диспансерное наблюдение** **отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан**, **в том числе центрами здоровья и (или) обучающихся в образовательных организациях а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.**

12.1. Оплата диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) по тарифам, установленным Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению, с учетом группы заболеваний при условии выполнения объемов исследований, установленных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

12.2. В отношении работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности может быть организовано проведение диспансерного наблюдения в целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний (далее - диспансерное наблюдение работающих граждан).

12.3. Оплата случаев диспансерного наблюдения пациентов, выполняемых диспансерами, ГБУЗ РК «Республиканская больница им. В.А. Баранова», ГБУЗ РК «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» и женскими консультациями при диспансерном наблюдении беременных по заболеваниям, не включенным в перечень приказа МЗ РФ №168н, 548н и 302н, осуществляется в данных учреждениях по тарифу посещения с иными целями.

Оплата случаев по заболеваниям, включенным в перечень приказа МЗ РФ №168н, 548н, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

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

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

13.1. Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, утвержденных приложением №5 Программы государственных гарантий. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

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

13.3. Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) по тарифам, установленным Приложением № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Оплата 2 этапа **углубленной диспансеризации** осуществляется за единицу объема – комплексное посещение по тарифам, установленным Приложением № 10 к настоящему Тарифному соглашению исходя из фактически оказанных в рамках второго этапа медицинских услуг.

**14. Третий этап медицинской реабилитации.**

14.1. Медицинская помощь по реабилитации в амбулаторных условиях оказывается в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации, включающим протоколы реабилитационных мероприятий, и Порядком маршрутизации пациентов, утвержденными приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия, и оплачивается по тарифу за единицу объема - комплексное посещение (цель - Комплексное посещение в амбулаторных условиях в связи с проведением 3 этапа медицинской реабилитации - 3.2).

14.2. Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях по тарифам установленным Приложением №8 к настоящему Тарифному соглашению.

**15.** Комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и оплачивается за единицу объема по тарифу согласно Приложению №8 к настоящему Тарифному соглашению при условии проведения гражданину объема исследований, установленному Методическими рекомендациями.

**16. Оплата подготовки к ЭКО.**

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

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

**17.** **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 в рамках межучрежденческих расчетов;

4) медицинская помощь с применением телемедицинских технологий;

5) жидкостные цитологические исследования мазка (соскоба) с шейки матки при его окрашивании по Папаниколау;

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

7) комплекс исследований для выявления аллергена;

8) видеокапсульные эндоскопические диагностические исследования желудочно-кишечного тракта;

9) колоноскопия с тотальной внутривенной анестезией;

10) рентгеноденситометрия;

11) электроэнцефалография с видеомониторингом;

12) электронейромиография стимуляционная одного нерва;

13) электромиография игольчатыми электродами (одна мышца);

14) оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора;

15) исследование коротколатентных вызванных потенциалов;

16) регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест);

17) ПЦР крови на РНК вируса гепатита С (качественно, генотип);

18) биопсия (мультифокальная) предстательной железы трансректальная пункционная под контролем ультразвукового исследования;

19) пункция новообразования молочной железы прицельная пункционная под контролем ультразвукового исследования;

20) пункция щитовидной или паращитовидной железы под контролем ультразвукового исследования;

21) фокальная лазерная коагуляция глазного дна;

22) панретинальная лазерная коагуляция;

23) лазерстимуляция сетчатки;

24) упражнения для восстановления и укрепления бинокулярного зрения (миопия, косоглазие);

25) упражнения для тренировки цилиарной мышцы глаза;

26) тотальная внутривенная анестезия детям (при проведении КТ, МРТ);

27) комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона) (при проведении КТ, МРТ, ФГДС детям);

28) комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона) (стоматология).

**18. К отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям** относятся компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ.

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

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

18.3. Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется по тарифу за единицу объема - медицинскую услугу только при наличии направления от МО согласно приложению №8 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

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

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

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

**20. Диагностические исследования в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Республики Карелия в рамках межучрежденческих расчетов:**

20.1. Оплата диагностических исследований, выполненных на основании направлений Прионежского филиала ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова», не включенных в пункт 17 настоящего приложения к тарифному соглашению, без учета граждан, застрахованных за пределами Республики Карелия, осуществляется в соответствии с перечнем исследований, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия.

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

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

**21. Оплата услуг по выполнению цитологических исследований.**

21.1. Стоимость цитологических исследований включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением жидкостных цитологических исследований мазка (соскоба) с шейки матки при его окрашивании по Папаниколау и цитологических исследований, включенных в приложение №8 к настоящему Тарифному соглашению) и в стоимость законченного случая лечения заболевания, оплачиваемого по КСГ.

21.2. 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 предоставленного реестра и счета, при наличии направления от медицинской организации.

21.3. Оплата за выполненные цитологические исследования, осуществляется ГУ ТФОМС РК в рамках межучрежденческих расчетов по тарифам в соответствии с Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

21.4. Оплата проведения жидкостных цитологических исследований мазка (соскоба) с шейки матки при его окрашивании по Папаниколау и отдельных цитологических исследований, утвержденных Приложением № 8 к настоящему Тарифному, осуществляется по тарифу в пределах объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

**22. Оплата микробиологических исследований.**

22.1. Стоимость микробиологических исследований включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, оплачиваемого по КСГ.

22.2. Оплата проведения микробиологических исследований осуществляется в соответствии с Порядком и маршрутизацией, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия, за фактически выполненное количество услуг на основании реестра и счета, предоставленного МО, выполнившей исследование и возможна только при наличии направления на проведение исследования.

22.3. Оплата проведения микробиологических исследований осуществляется по Перечню микробиологических исследований в соответствии с кодами услуг и тарифами, утвержденными Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках межучрежденческих расчетов.

**23.** **Оплата проведения клинических лабораторных исследований** на базе централизованной клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ РК «Республиканский перинатальный центр» осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия за фактически выполненное количество услуг на основании реестра и счета, предоставленного МО, выполнившей исследование и возможна только при наличии направления на проведение исследования.

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

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

24.2. Оплата за выполненные телемедицинские консультации осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению, при: дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, дистанционном взаимодействии врач-пациент при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» на дому, а также описание и интерпритация исследований с применением искусственного интеллекта на основании реестра и счета, предоставленного МО, выполнившей телемедицинскую консультацию и возможна только при наличии запроса на проведение консультации. При этом стоимость выполненных услуг удерживается ГУ ТФОМС РК в рамках межучрежденческих расчетов из средств окончательного расчета МО, направившей заявку на проведение телемедицинской консультации.

24.3. 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).

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

**26.** **Исследования для выявления аллергена.**

К комплексу исследований для выявления аллергена относятся:

- количественное определение специфических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови - ингаляционная панель 20 шт.;

- количественное определение специфических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови - пищевая панель, смешанная аллергопанель - 20 шт.;

- количественное определение специфических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови - смешанная аллергопанель - 20 шт.

26.1. Оплатаисследования для выявления аллергенов осуществляется по тарифам, утвержденным Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

**28. Рентгеноденситометрия.**

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

**29. Иные медицинские услуги.**

Оплата медицинских услуг «Электроэнцефалография с видеомониторингом» (дневное и ночное мониторирование), «Электронейромиография стимуляционная одного нерва», «Колоноскопия с тотальной внутривенной анестезией», «Исследование коротколатентных вызванных потенциалов», «Регистрация вызванных акустических ответов мозга на постоянные модулированные тоны (ASSR тест)», «ПЦР крови на РНК вируса гепатита С качественно», «ПЦР крови на РНК вируса гепатита С генотип», «Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора», «Биопсия (мультифокальная) предстательной железы трансректальная пункционная под контролем ультразвукового исследования», «Пункция новообразования молочной железы прицельная пункционная под контролем ультразвукового исследования», «Пункция щитовидной или паращитовидной железы под контролем ультразвукового исследования», «Фокальная лазерная коагуляция глазного дна; панретинальная лазерная коагуляция», «Электромиография игольчатыми электродами (одна мышца)», «Лазерстимуляция сетчатки»; «Упражнения для восстановления и укрепления бинокулярного зрения (миопия, косоглазие)», «Упражнения для тренировки цилиарной мышцы глаза», «Тотальная внутривенная анестезия детям» (при проведении КТ, МРТ), комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона) (при проведении КТ, МРТ, ФГДС детям), «Комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона)» (стоматология) осуществляется в соответствии с кодами услуг, утвержденными Республиканским справочником № 40 и тарифами, установленными Приложением № 8 к настоящему Тарифному соглашению.

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

**II. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний)**

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

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

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

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

4) процедур диализа, включающих различные методы.

32. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности параметров и классификационных критериев, утвержденных Методическими рекомендациями.

33. Отнесение КСГ к профилям медицинской помощи осуществляется в соответствии со справочником «Соответствие профиля медицинской помощи и КСГ», утвержденного Межведомственным соглашением о Порядке формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи по ОМС.

34. 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.

35. Перечни КСГ, используемые для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установлены Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

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

38. В Приложении № 23к 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.

39. 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.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; | |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее –­ Постановление № 462). | |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице). | |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 4 к Программе государственных гарантий значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

**42. Условия применения КСЛП:**

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

42.2. Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения, - независимо от возраста ребенка-инвалида), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 42.3, оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 0,2.

42.3. Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология» оплачивается по тарифам КСГ с использованием КСЛП - 0,6.

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

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

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

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

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

42.9. Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых оплачивается с применением КСЛП в стационарных условиях в диапазоне от 0,17 до 1,53, в условиях дневного стационара – от 0,29 до 2,67.

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

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

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

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

обязательная продолжительность реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки;

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

проведение медицинской реабилитации мультидисциплинарной реабилитационной командой.

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

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

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

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

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

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

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

Кроме того, в стоимость законченного случая лечения по КСГ в круглосуточном стационаре включено проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

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

47.1. 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.

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

47.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам одновременно по двум и более КСГ 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 или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

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

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

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

8) проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013 – st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекци, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013 – st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекци, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

10) в случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

47.4. Если один из случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами (за исключением пункта 47.3 настоящего тарифного соглашения).

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в пункте 47.3, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 52 настоящего тарифного соглашения.

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

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

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

48.1. 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.

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

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

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

50. Медицинская помощь в рамках обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в условиях круглосуточного стационара ГБУЗ «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» оплачивается по КСГ st36.004 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» (по МКБ-10 - Z02.2 - Обследование в связи с поступлением в учреждение длительного пребывания).

51. Не должно считаться нарушением включение в реестр счетов амбулаторных посещений нефролога другой МО с целью проведения хронического гемодиализа или перитонеального диализа пациентами с хронической почечной недостаточностью в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре.

**III. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний,** **приведенных в Приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний**

52. К прерванным случаям оказания медицинской относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

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

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

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

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

6) случаи лечения, закончившиеся, смертью пациента (летальным исходом);

7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

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

Законченные случаи оказания медицинской помощи по данным КСГ не могут быть отнесены к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

9) случаи оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030. st37.031 при длительности лечения менее количества дней, определенных приложением 6 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи (далее – Расшифровка групп КС).

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

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

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

54. 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;

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

56. В случае если фактическое количество дней введения, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях по следующим КСК – st08.001-st.08003, st19.094-st19.102, st19.163-st19.181 осуществляется:

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

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

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

Прерванные случаи лечения проведения лучевой терапии, лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией по следующим КСГ – st19.075-st19.082, st19.084-st19.089 подлежат оплате:

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

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

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

59. Размер оплаты прерванных случаев отдельных КСГ (в том числе при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при длительности лечения 3 дня и менее, летальном исходе), за исключением случаев, предусмотренных п/пунктом 47.3 настоящего Тарифного соглашения, осуществляется:

- для КСГ st13.001, st15.013, st15.014, st16.006, st19.090-st19.093, st35.003:

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

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

- для КСГ st02.012, st13.002, st13.008-st13.010, st14.003, st15.015-st15.016, st16.007-st16.008, st19.001-st19.026, st19.123-st19.124, st25.010, st25.013-st25.015, st29.007-st29.008, st29.011-st29.013, st30.007, st33.005-st33.007, st 34.003:

1) при длительности лечения 3 дня и менее – 90% от стоимости КСГ;

2) при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

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

61. Особенности формирования отдельных КСГ в стационарных условиях приведены в Методических рекомендациях.

**IV. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи**

62. 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).

63. 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.

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

64.1. В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение № 1 к Программе, раздел I), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

64.2. 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.

64.3. Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия», «педиатрия», «торакальная хирургия» для случаев госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

64.4. 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.

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

65. Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности параметров и классификационных критериев, утвержденных Методическими рекомендациями.

66. 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.

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

68. 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.

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

70. 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.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| где: |  |
| БС | базовая ставка, рублей; |
|  | коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации; | |
|  | коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ); | |
|  | коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент; | |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее –­ Постановление № 462). | |
| КСЛП | коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).  \* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице). | |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 4 к Программе государственных гарантий значение, к которому применяется КД, КС и КУС); |

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

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

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

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

76. 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.

77. 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.

78. В период нахождения застрахованного лица в дневном стационаре не должны считаться нарушением включение в реестр счетов медицинской помощи этапного лечения застрахованного лица в дневном стационаре другой МО:

1) по поводу вирусного гепатита С;

2) при ЗНО с применением противоопухолевых препаратов в условиях дневного стационара медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь по профилю «онкология»;

3) оказания медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью.

**VI. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением № 32 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи)**

79. К прерванным случаям оказания медицинской относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

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

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

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

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

6) случаи лечения, закончившиеся, смертью пациента (летальным исходом);

7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

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

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита B и C по КСГ ds12.020-ds12.027 при длительности лечения, менее установленной приложением 7 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи (далее – Расшифровщик групп КСГ ДС).

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

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

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

81. 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.

82. 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.

83. Если фактическое количество дней введения меньше, чем предусмотрено в описании схемы лекарственной терапии, являющейся основным классификационным критерием отнесения случая к КСГ, оплата следующих КСГ – ds.08.001-ds.08.003, ds19.050-ds19.058, ds19.060-ds19.061, ds19.136-ds19.156 осуществляется:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

92. 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.

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

94. Особенности формирования отдельных КСГ в условиях дневного стационара приведены в Методических рекомендациях.

**VII. Оплата скорой медицинской помощи**

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

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

2) за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

96. Подушевой норматив финансирования СМП включает в себя расходы на оплату медицинской помощи, оказанной по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации, за исключением вызовов с проведением тромболитической терапии.

97. Оплата СМП в случае проведения тромболитической терапии осуществляется по тарифу за вызов (Приложение № 18 к настоящему Тарифному соглашению).

98. Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Республики Карелия, человек. |

Общий объем средств на оплату СМП медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяется по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов; |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей |

Базовый подушевой норматив финансирования СМП (ПнБАЗ), на одно застрахованное лицо расчитывается по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Республике Карелия лицам за вызов, рублей; |
|  | единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

На основе среднего подушевого норматива финансирования СМП с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования СМП (ДПнi) для медицинских организаций по следующей формуле:

,

где:

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

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

, где:

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

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

100. 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.

**VIII. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи**

101. При оплате медицинской помощи в отдельных медицинских организациях согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Карелия применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи (далее - полный подушевой норматив финансирования).

102. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи исключаются расходы:

- в амбулаторных условиях - расходы 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и(или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, а также расходы на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях по профилям «акушерство и гинекология» и «акушерское дело»; неотложную медицинскую помощь, оказанную в приемном покое стационарной медицинской организации и неприкрепленным к медицинской организации гражданам; неотложную стоматологическую помощь в ночное время; расходы по оплате комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторно-поликлинических условиях; посещений в рамках школы сахарного диабета; расходы на обращения в связи с комплексным обследованием и медицинские услуги с отдельно установленными тарифами в соответствии с Приложением № 8 настоящего Тарифного соглашения.

- в стационарных условиях - расходы на оплату за законченный случай лечения злокачественных новообразований по профилям медицинской помощи «Онкология», «Гематология», «Радиология», «Детская онкология» кодам МКБ С00-С97, D00-D09, D45-D47, Z03.1, Z08, а также st12.003 - st12.004; st37.001-st37.026;

- в условиях дневного стационара - расходы на оплату за законченный случай лечения злокачественных новообразований по профилям медицинской помощи «Онкология», «Гематология», «Радиология», «Детская онкология» кодам МКБ С00-С97, D00-D09, D45-D47, Z03.1, Z08, а также ds12.016-ds12.021; ds37.001-ds37.016.

103. Полный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для медицинской организации складывается из рассчитанного дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для данной медицинской организации, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

104. При применении указанного способа оплаты из общего объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ, исключаются средства, направляемые на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в медицинские организации, оплата медицинской помощи   
в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, для которых осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования   
на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц.

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

105. Оплата оказания медицинской помощи с использованием мобильных медицинских комплексов (мобильных медицинских бригад) в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, в т.ч. при проведении диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в соответствии с Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

106. Оплата медицинских диагностических услуг, проводимых с использованием медицинского мобильного комплекса (флюорография легких цифровая, маммография) осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Карелия по тарифам, утвержденным Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках межучрежденческих расчетов за фактически выполненное количество услуг на основании реестра и счета, предоставленного МО, оказавшей услугу, и возможна только при наличии направления на проведение исследования.