Приложение № 12

к Тарифному соглашению на 2026 год от 22.12.2025г

(в редакции от 05.02.2026г)

**Порядок**

**оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

**1. Общие положения**

Настоящий Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) (далее - Порядок) разработан в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, (далее - Методические рекомендации) и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" (далее – Требования).

**2. Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной медицинской помощи в амбулаторных условиях.**

**2.1.** Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках базовой Территориальной программы обязательного медицинского страхования Смоленской области (далее - Территориальной программы), осуществляется Территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС).

ТФОМС определяет средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (), значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования (ПНбаз) на прикрепившихся лиц по формулам, утвержденным в Методических рекомендациях.

В базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Смоленской области (), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по формуле утвержденной в Методических рекомендациях. Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, используемый при расчете параметра «», не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации,   
на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи.

Средства на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплата которой согласно разделу IV Программы осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в обязательном порядке исключаются при расчете объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

**2.2.** Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом предусмотренных пунктом 5.1. Требований коэффициентов.

С учетом объективных, экономически обоснованных критериев и расчетов, выполненных в соответствии с Методикой расчета тарифов, коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования могут определяться дифференцированно, в том числе в зависимости от уровня (подуровня) медицинской организации с установлением коэффициентов по каждому подуровню. В соответствии с Требованиями при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования, рассчитанные в соответствии с Методическими рекомендациями:

1) 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 (далее – );

2) коэффициенты половозрастного состава (далее – );

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (далее – );

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее – );

5) коэффициенты дифференциации.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования   
для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Смоленской области (), рассчитываются ТФОМС на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой   
в амбулаторных условиях по формуле, утвержденной в Методических рекомендациях.

Комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия) вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в соответствии с заключенным тарифным соглашением)   
и межтерриториальных (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования) расчетах, в соответствии   
с Требованиями.

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.

**2.3 Расчет объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов**

2.3.1 Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 14 апреля 2025 г. N 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - Приказ 202н) составляет в среднем на 2026 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 101 до 800 жителей, – 1 533,7 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 801 до 1500 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий   
от 1501 до 2000 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей.

2.3.2. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации устанавливаются в ТФОМС путем применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462, к размерам финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов.

2.3.3. При определении объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население до 100 жителей, применяется коэффициент специфики в размере 0,15 от базового норматива финансовых затрат на обеспечение ФАП - 1 533,7 тыс. руб. (230,05 тыс. руб.). При определении объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих население свыше 2000 жителей, применяется коэффициент специфики в размере 1,05 от базового норматива финансовых затрат на обеспечение ФАП - 3 067,5 тыс. руб. (3 220,87 тыс. руб.).

2.3.4. При определении объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов при отсутствии медицинского персонала и прочих причин, применяется коэффициент специфики в размере 0,15 к базовому нормативу финансовых затрат на обеспечение ФАП (1 533,7 тыс. руб.- от 101 до 800 жителей, 3 067,5 тыс. руб. - от 801 до 1500 жителей, 3 067,5 тыс. руб.- от 1501 до 2000 жителей).

2.3.5 Коэффициенты специфики к размеру финансового обеспечения ФАП.

| Показатели | Диапазон численности обслуживаемых на ФАП жителей | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФАП обслуживающий от 101 до 800 жителей | | | | | | |
| Штатная численность | от 1,5 и выше | | менее 1,5 - 1,0 | | менее 1 | |
| Коэффициент | 1,00 | | 0,6 | | 0,43 | |
| ФАП обслуживающий от 801 до 1500 жителей | | | | | | | |
| Штатная численность | от 3,0 и выше | менее 3,0 - 2,0 | | менее 2,0 - 1,0 | | менее 1,0 | |
| Коэффициент | 1,00 | 0,75 | | 0,43 | | 0,25 | |
| ФАП обслуживающий от 1501 до 2000 | | | | | | | |
| Штатная численность | от 3,5 и выше | менее 3,5 - 2,5 | | менее 2,5 - 1,5 | | менее 1,5 | |
| Коэффициент | 1,00 | 0,75 | | 0,43 | | 0,25 | |
| ФАП обслуживающий свыше 2000 | | | | | | | |
| Штатная численность | от 3,5 и выше | менее 3,5 - 2,5 | | менее 2,5 - 1,5 | | менее 1,5 | |
| Коэффициент | 1,00 | 0,80 | | 0,65 | | 0,25 | |

2.3.6. В случае обслуживания фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в указанных пунктах акушерок, при возложении отдельных полномочий по работе с такими женщинами на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), финансовое обеспечение устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности населения. Если доля женщин в численности населения составляет до 30 %, устанавливается коэффициент в размере 1,025, если от 30 % (включительно) и выше - 1,05.

Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказ 202н, и устанавливается в тарифном соглашении дифференцированно по структурным подразделениям.

2.3.7. 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 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 – 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 Приказ 202н (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). |

2.3.8. В случае если у фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказ 202н, годовой коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема 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. |

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

**2.4. Оплата** **профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации**

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 14.04.2025 N 211н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (Зарегистрировано в Минюсте России 22.05.2025 N 82300), от 14.04.2025 N 212н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Зарегистрировано в Минюсте России 28.05.2025 N 82387), от 21 апреля 2022 г. № 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» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288), от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Медицинская помощь, оказанная в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также диспансерного наблюдения, оплачивается вне подушевого финансирования за единицу объема:

I этап диспансеризации - комплексное посещение;

II этап диспансеризации - обращение по заболеванию;

Профилактические осмотры и диспансерное наблюдение - комплексное посещение.

При этом стоимость единицы объема формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг.

Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержден Приложением № 6 к Программе.

В целях выявления ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеида (a) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 - 39 лет - один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше - один раз в 3 года.

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

При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи в определенных Территориальной программой случаях размер финансового обеспечения медицинской организации складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи, определяется по следующей формуле:

base_1_197519_62,

где:

ФОФАКТ - фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

ОМП - фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

Т - тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Смоленской области.

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

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливаются повышающие коэффициенты в размере 1,2 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами или устанавливаются отдельные тарифы на медицинские услуги, оказанные мобильными медицинскими бригадами.

**2.6. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях**

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой государственных гарантий   
в соответствии с Программой территориальных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай   
медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем   
10–12 посещений.

Рекомендуется осуществлять оплату медицинской реабилитации   
в амбулаторных условиях дифференцированно, в том числе в зависимости   
от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Например, медицинская реабилитация пациентам:

- при заболеваниях центральной нервной системы по баллам ШРМ;

- при кардиологических заболеваниях по баллам ШРМ;

- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата по баллам ШРМ;

- после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19))   
по баллам ШРМ;

- при других соматических заболеваниях по баллам ШРМ.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

**2.7. Оплата медицинской помощи в школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания**

Медицинская помощь в части ведения школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за комплексное посещение, включающее до 20 часов занятий в рамках школ, в том числе тестирование и проверку дневников самоконтроля.

**2.8. Оплата медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья**

В соответствии с Программой оплата посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение.

Методические рекомендации по оказанию медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) для взрослых утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации О.М. Драпкиной.

Учитывая, что Методическими рекомендациями по оказанию медицинской помощи пациентам с факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в центрах здоровья для взрослых, утвержденных главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Министерства здравоохранения Российской Федерации О.М. Драпкиной, проведение групповых консультирований в центрах здоровья не предусмотрено, оплате за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах объема средств, предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования, групповые консультации не подлежат.

Устанавливаются дифференцированные тарифы в разрезе медицинских услуг, проводимые в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) и направленные на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний, согласно Приложению №7 к Программе.

При этом стоимость единицы объема формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг.

**2.9 Оплата медицинской помощи по дистанционному наблюдению  
за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией  
и пациентов с сахарным диабетом**

В соответствии с Программой оплате за счет средств обязательного медицинского страхования подлежит дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов для пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом (далее - дистанционное наблюдение), которое оказывается в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 №193н (далее - Приказ №193н).

Обязательным условием оплаты случая дистанционного наблюдения является наличие у территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации доступа к информационной системе, предназначенной для централизованного сбора информации о мониторируемых показателях артериального давления и уровня глюкозы крови, включая доступ к детальным сведениям о дате и времени каждого переданного изменения в отношении всех пациентов, находящихся на дистанционном наблюдении, застрахованных в Смоленской области, для целей проверки соответствия каждого случая дистанционного наблюдения указанным ниже требованиям к количеству и частоте измерений.

Оплата медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения, который может не совпадать с календарным (например, месяцем дистанционного наблюдения может считаться период времени с 3 числа прошлого месяца по 2 число текущего месяца включительно).

Рекомендуемые тарифы на оплату дистанционного наблюдения, а также среднее количество месяцев в год, которое пациент с соответствующим заболеванием находится на дистанционном наблюдении, сформированные при участии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. ак. И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, которое используется при планировании объемов медицинской помощи по дистанционному наблюдению, представлены в Таблице.

Таблица

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинская услуга | Число месяцев в году, которое в среднем пациент находится на | Предельная стоимость на оплату одного |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | дистанционном наблюдении | месяца дистанционного наблюдения (без коэффициента дифференциации), руб. |
| A02.12.002.002 «Дистанционное наблюдение за показателями артериального давления» | 3,6299 | 265,58 |
| A09.05.023.002  «Дистанционное наблюдение за показателями уровня глюкозы крови» | 12,00 | 304,31 |

Результатом оказания дистанционного наблюдения в течение одного месяца является заключение по результатам 1 месяца дистанционного наблюдения, в том числе подписанное электронной цифровой подписью врача. Заключение должно содержать в том числе сведения о количестве проанализированных измерений, которые необходимы для проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Для указанных целей рекомендуется использовать СЭМД №262 «Протокол по результатам дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом».

Случай дистанционного наблюдения за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались не менее чем за 85% дней в месяц (в среднем не менее 26 дней) не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 52 измерения в месяц).

Оплата неполных месяцев дистанционного наблюдения по тарифу, рассчитанному в зависимости от количества календарных дней, за которые передавались измерения, и (или) количества переданных измерений не осуществляется.

В соответствии с Программой финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением пациентам с артериальной гипертензией и сахарным диабетом медицинских изделий, необходимых для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (в том числе расходы на арендную плату и амортизацию за медицинские изделия, предоставляемые пациенту для использования на дому), а также расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, указанные расходы не включены в установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на дистанционное наблюдение и рекомендуемые тарифы на оплату одного месяца дистанционного наблюдения и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования. При этом расходы, связанные с ремонтом и техническим обслуживанием тонометров, находящихся на балансе медицинской организации и используемых при дистанционном наблюдении в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, включены в указанные в Таблице тарифы и могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования.

Особенности организации и оказания медицинской помощи по дистанционному наблюдению, а также критерии отбора пациентов для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования определяются ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. ак. И.И. Дедова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**2.10. Оплата диагностических (лабораторных) исследований**

Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований 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, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита C (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом C (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита C) осуществляется за единицу объема.

Медицинскими организациями обеспечиваются забор и направление материала для проведения неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) и предимплантационного генетического тестирования эмбриона на моногенные заболевания и на структурные хромосомные перестройки (ПГТ-М, ПГТ-СП) в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, имеющие лицензию на предоставление работ (услуг) по лабораторной генетике, в соответствии с перечнем, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) включает в себя следующие медицинские услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Рекомендуемая кратность при расчете комплексного тарифа |
| A26.05.019.003 | Определение генотипа вируса гепатита C (Hepatitis C virus) | 1,0 |
| A04.14.001.005 | Эластометрия печени | 0,3 |
| A09.05.042 | Определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АЛТ) | 0,7 |
| A09.05.041 | Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АСТ) | 0,7 |
| A12.05.120 | Исследование уровня тромбоцитов в крови | 0,7 |

Определение РНК-вируса гепатита C (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции включает услугу A26.05.019.001 «Определение РНК вируса гепатита C (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, качественное исследование».

**2.11. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации**

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСПН | финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
| ОСРД | объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей. |
|  | дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей. |

Приложением к Требованиям определен перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Методика расчета критериев результативности деятельности медицинских организаций при выполнении Территориальной программы, финансируемых по подушевому нормативу, имеющих прикрепленное население и порядок расчета значений критериев результативности деятельности медицинских организаций описан в Приложении 12.1 к настоящему приложению.

**2.12 Оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий**

Консультации с применением телемедицинских технологий подлежат оплате в случае их проведения в соответствии с Приказом № 193н.

В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого населения.

Таким образом, оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

1. Вне подушевого финансирования (за единицу объема медицинской помощи):

* при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей;
* при оплате телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
* при оплате телемедицинских консультаций жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;
* при оплате телемедицинских консультаций по профилю медицинской помощи, исключенному из подушевого финансирования.

2. В рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено застрахованное лицо, при оплате телемедицинских консультаций, не указанных в пункте 1 настоящего раздела.

Средства за оказанную медицинскую помощь при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, направляются в медицинскую организацию, **запросившую указанную телемедицинскую консультацию**.

**3. Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи**

**3.1.** Расчет подушевого финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив) при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в рамках Территориальной программы осуществляется по формулам, утвержденные в Методических рекомендациях:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации ;

- общий объем средств на оплату скорой медицинской помощи   
по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы;

- базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы .

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в Смоленской области, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по формуле, утвержденной в Методических рекомендациях.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

**3.2 Определение размера финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь   
вне медицинской организации**

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ФОСМП | размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей; |
| ЧзПР | численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек. |

Установленные в тарифном соглашении тарифы на оплату отдельных случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц) (в дополнение к подушевому нормативу финансирования) являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, участвующих в реализации Территориальной программы.