

## Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

**1. Способ финансирования и оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за посещение, за обращение (за исключением медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, диспансеризации определенных групп взрослого населения, 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, профилактических и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних, медицинского обследования детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)**

1.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам на одно:

- обращение при оказании медицинской помощи по поводу заболевания;
- посещение при оказании медицинской помощи с профилактическими и иными целями;
- посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Тарифы на 1 обращение по поводу заболевания определены с учетом кратности посещений в одном обращении и дифференцированы по основным специальностям с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты:

Специальность	Усредненное количество посещений в одном обращении по поводу заболевания
Педиатрия	2,8
Терапия, ВОП, гастроэнтерология, посещение ФАП, пульмонология	2,7
Кардиология, ревматология	3,1
Эндокринология	2,5
Аллергология	2,6
Неврология	2,9
Инфекционные болезни	2,4
Хирургия, гематология, колопроктология, нейрохирургия, онкология, травматология - ортопедия, челюстно-лицевая хирургия	3,0
Урология, нефрология	2,6
Акушерство-гинекология	3,8
Оториноларингология	4,1
Офтальмология	3,8
Дерматология	4,2
Стоматология	2,01

Тарифы посещений и обращений определены с учетом относительных коэффициентов стоимости посещения/обращения и дифференцированы по основным специальностям с учетом методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования и корректировок, учитывающих территориальные особенности.

Стоимость посещений и обращений в персонифицированных реестрах счетов (за исключением стоматологической помощи) определяется по соответствующему тарифу с учетом коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением консультативно-диагностических обращений по профилю "онкология" и "кардиология", а также посещений в неотложной форме с целью профилактики бешенства и клещевого энцефалита.

При оказании в амбулаторных условиях первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в персонифицированных реестрах счетов используется тариф УЕТ, умноженный на соответствующие коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и сложности лечения пациента.

Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях приведены в таблице 7 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Коэффициент сложности лечения пациента, указанный в таблице 11 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи, используется только при оказании детям первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при стоматологических заболеваниях, при наличии у ребенка сопутствующего заболевания. Перечень сопутствующих заболеваний приведен в таблице 1 Приложения 3 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

Тарифы посещений, обращений, УЕТ приведены в таблицах 8, 9 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

В процессе расчета стоимости посещений и обращений округление до целых копеек осуществляется после применения каждого коэффициента.

1.2. Учет обращений по поводу заболевания осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-16 «Талон амбулаторного пациента»<sup>1</sup>.

В случаях, если в рамках законченного случая лечения заболевания были разовые посещения пациента к врачам других специальностей, в том числе выполненные в соответствии со стандартами /протоколами/ клиническими рекомендациями, указанные посещения формируются в реестрах счетов и

---

<sup>1</sup> К обращениям по поводу заболевания относятся случаи поликлинического обслуживания (далее – СПО) с целями первичного обращения: лечебно-диагностическая – 1; консультативная - 2; диспансерное наблюдение - 3; реабилитация - 5 (кодировка значений поля «Цель первичного обращения» ТАП приведена в «Краткой инструкции по заполнению ТАП» - письмо РМИАЦ №10/02).

К обращениям по поводу заболевания при оказании стоматологической помощи относится совокупность медицинских услуг (в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ), вне зависимости от нозологических форм заболеваний в соответствии с МКБ-10 при кратности не менее двух посещений пациентом врача одной врачебной специальности, с целями обращения: лечебно-диагностическая – 1; консультативная - 2 (кодировка значений поля «Цель обращения» Листков ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета формы №037/уТ-13 - письмо РМИАЦ №01/28).

оплачиваются по стоимости посещений с профилактическими и иными целями соответствующих врачебных специальностей при обязательном оформлении отдельных Талонов амбулаторного пациента (далее – ТАП) на каждое посещение.

В количество посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, в том числе при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

Вид обращения «Консультативно-диагностическое обращение по профилю «онкология»:

- включает не менее двух посещений (консультаций) врача одной врачебной специальности и проведение не менее трех видов диагностических исследований: морфологических (биопсия, гистология, цитология), ультразвуковых (независимо от количества исследуемых органов), инструментальных (ФГДС, колоноскопия, кольпоскопия и т.д.);

- применяется для медицинских организаций в соответствии с установленным плановым заданием;

- применяется однократно в текущем месяце и выгружается в реестрах счетов с указанием медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н (в ред. от 10.12.2014) (далее – Номенклатура).

Вид обращения «Консультативно-диагностическое обращение по профилю «кардиология»:

- включает не менее двух посещений (консультаций) врача одной врачебной специальности и проведение не менее трех видов диагностических исследований: ультразвуковых (УЗИ сердца), функциональной диагностики (электрокардиография, холтер АД, холтер ЭКГ);

- применяется для медицинских организаций в соответствии с установленным плановым заданием;

- применяется однократно в текущем месяце и выгружается в реестрах счетов с указанием медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой.

Вид обращения «Консультативно-диагностическое обращение в ГАУЗ «РКОД МЗ РТ»:

- включает не менее двух посещений (консультаций) врача-онколога (одного или разных профилей) и проведение не менее двух видов диагностических исследований: морфологических (гистология, цитология), ультразвуковых (независимо от количества исследуемых органов), инструментальных (ФГДС, колоноскопия, кольпоскопия и т.д.);

- применяется для пациентов с подозрением на онкологическое заболевание без морфологической верификации опухолевого процесса, самостоятельно обратившихся в ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» (или его филиалы), а также направленных из первичных онкологических кабинетов;

- применяется однократно в текущем месяце и выгружается в реестрах счетов с указанием медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой.

1.3. К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме относятся виды посещений при внезапных острых заболеваниях, состояниях,

обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента.

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

Учет посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-16 «Талон амбулаторного пациента»<sup>2</sup>.

Первое посещение в рамках случая поликлинического обслуживания по поводу лечения одного и того же заболевания при оказании медицинской помощи пациенту на дому (за исключением активных и патронажных посещений на дому) врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики<sup>3</sup> и в травмпункте следует относить к посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, оплата которой осуществляется по тарифу посещения в неотложной форме по соответствующей из указанных специальностей. Посещение на дому при оказании медицинской помощи пациенту врачами других специальностей следует относить:

- к посещению с консультативной целью и оплачивать по тарифу посещения с профилактическими и иными целями по соответствующей специальности (при одном посещении в рамках СПО);

- к обращению по поводу заболевания и оплачивать по тарифу обращения по поводу заболевания по соответствующей специальности (при двух и более посещениях в рамках СПО).

К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме при стоматологических заболеваниях относятся виды посещений с острой болью в рабочее время во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях, в том числе работающих в ночное время, выходные и праздничные дни, а также неотложная стоматологическая помощь, оказанная в передвижных стоматологических кабинетах и на дому (в случае, если у пациента с ограниченными возможностями к передвижению, обусловленных соматическим заболеванием или инвалидностью, возникает острая боль или состояние, обусловленное стоматологическим заболеванием и требующее срочного медицинского вмешательства).

Виды посещений «Первичное посещение с целью профилактики бешенства с введением АИГ», «Повторное посещение с целью профилактики бешенства», «Первичное посещение с целью профилактики бешенства без введения АИГ», «Первичное посещение с целью профилактики клещевого энцефалита», «Повторное посещение с целью профилактики клещевого энцефалита (КЭ +)» квалифицируются как посещения в неотложной форме.

Посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме не могут быть включены в состав посещений случаев поликлинического обслуживания по поводу заболевания и должны быть оформлены в виде отдельного Талона

---

<sup>2</sup> с обязательным указанием цели первичного обращения «7 - оказание неотложной помощи».

<sup>3</sup> посещение врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики пациента на дому по вызову, не являющееся первым посещением в рамках обращения по поводу заболевания в одной медицинской организации, не квалифицируется как посещение в неотложной форме, отдельный ТАП с целью первичного обращения «7 - оказание неотложной помощи» не заполняется. Оплата указанного посещения на дому производится в рамках тарифа обращения по поводу заболевания.

амбулаторного пациента.

При оказании стоматологической помощи в неотложной форме в Листке ежедневного учета работы врача-стоматолога посещение отражается отдельной строкой с целью посещения «оказание неотложной помощи».

1.4. К посещениям при оказании медицинской помощи с профилактическими и иными целями относятся следующие виды посещений:

- а) посещения с профилактической целью, в том числе:
  - центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
  - в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
  - в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
  - в связи с патронажем;
- б) посещения с иными целями, в том числе:
  - в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи;
  - в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);
  - медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием (за исключением посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме);
- в) разовые посещения в связи с заболеванием.

К посещениям с профилактическими и иными целями при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях относятся посещения:

- а) с профилактической целью:
  - при организации профилактических медицинских и периодических осмотров, которые организуются территориальным органом управления здравоохранения и проводятся согласно графика территориальной программы профилактики стоматологических заболеваний, а также графика индивидуальной диспансеризации населения в зависимости от степени риска, особенности и активности течения стоматологических заболеваний в конкретном административном образовании;
  - в планово-профилактическом порядке в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, обследование пациентов по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций на стоматологическом приеме в порядке, установленном МЗ РТ;

б) разовые посещения в связи с заболеванием.

Все посещения, оформленные как в виде Талона амбулаторного пациента, так и в виде Талона медосмотра (формы № 025-10/уТ-16 «Талон амбулаторного пациента» и формы № 025-10/уТ-16-проф. «Талон медосмотра») со всеми целями, за исключением указанных в примечаниях, при оплате первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях отражаются в персонифицированных реестрах счетов как посещения с профилактическими и иными целями<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> За исключением посещений, внесенных в ТАП, при проведении консультаций врачами подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях пациентам, находящимся на лечении в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров. Указанные посещения в реестры счетов не включаются и за счет средств ОМС не оплачиваются.

При оказании медицинских услуг врачами акушерами-гинекологами с выполнением исследований на внутриутробные инфекции выбор соответствующего тарифа посещения или обращения по поводу заболевания зависит от цели обращения женщины к врачу акушеру-гинекологу.

Все посещения к среднему медицинскому персоналу смотровых кабинетов при проведении цитологического скрининга (проведение микроскопического исследования влагалищных мазков на атипичные клетки) квалифицируются как посещения с профилактическими и иными целями.

При формировании информации об оказанной медицинской помощи в ФАП посещения квалифицируются как посещения с профилактическими и иными целями, либо как посещения в неотложной форме.

Вид посещения «Консультативно-диагностическое посещение МКДЦ» квалифицируется как посещение с профилактическими и иными целями и может применяться в текущем месяце (периоде) только однократно при первом посещении пациента к врачу. Последующие посещения пациента по этому же поводу в текущем месяце (периоде) по указанному виду посещения не формируются, при формировании реестров счетов применяется вид посещения с профилактическими и иными целями «Посещение к врачу - кардиологу, к врачу - детскому кардиологу, врачу - ревматологу, включая заведующего профильным отделением».

Если медицинская помощь врачами подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, была оказана амбулаторным больным при обращении данного пациента по поводу заболевания – оплата производится в рамках тарифа обращения по поводу заболевания при совпадении специальности лечащего врача и специальности врача подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров. При несовпадении специальности лечащего врача и специальности врача подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров - посещение к врачу подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, оформляется отдельным ТАП и представляется к оплате по соответствующему тарифу посещения с профилактическими и иными целями.

1.5. Посещения с профилактическими и иными целями в Центры здоровья и Центры здоровья для детей оплачиваются при:

- комплексном обследовании впервые обратившихся граждан в отчетном году;
- динамическом наблюдении обратившихся граждан в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, направленным медицинской организацией по месту прикрепления; направленным медицинскими работниками образовательных учреждений; направленным врачом, ответственным за проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний) групп состояния здоровья; направленным работодателем по заключению врача, ответственного за проведение углубленных медицинских осмотров с I и II группами состояния здоровья.

1.5.1. Посещение для комплексного обследования в Центре здоровья включает:

- измерение роста и веса;

- тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки

уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;

скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);

ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плечелодыжечного индекса (пациентам старше 30 лет);

пульсоксиметрия;

биоимпедансметрия (при наличии показаний);

исследование на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма (при наличии показаний);

анализ котинина и других биологических маркеров в моче и крови (при наличии показаний);

анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (при наличии показаний);

экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови;

комплексная детальная оценка функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный);

проверка остроты зрения;

рефрактометрия;

тонометрия;

исследование бинокулярного зрения;

определение вида и степени аметропии, наличия астигматизма;

диагностика кариеса зубов, болезней пародонта, некариозных поражений, болезней слизистой оболочки и регистрация стоматологического статуса пациента;

кардиотренажёр (при наличии показаний);

осмотр врача.

1.5.2. Посещение для комплексного обследования в Центре здоровья для детей – случай обращения ребенка (подростка) в Центр здоровья для детей, при котором проводится:

измерение роста и веса;

тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма;

определение общего холестерина и глюкозы в крови;

комплексная детальная оценка функций дыхательной системы;

пульсоксиметрия;

биоимпедансметрия (при наличии показаний);

определение токсических веществ в биологических средах организма (при наличии показаний);

анализ котинина и других биологических маркеров в моче (при наличии показаний);

анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (при наличии показаний);

оценка состояния гигиены полости рта;

осмотр врача-педиатра.

1.5.3. Посещение для комплексного обследования в Центре здоровья принимается к оплате при условии оказания гражданину всех видов обследований,

указанных в пункте 1.5.1 настоящего раздела. Посещение для комплексного обследования в Центре здоровья для детей принимается к оплате при условии оказания ребенку (подростку) всех видов обследований, указанных в пункте 1.5.2 настоящего раздела. Посещение для динамического наблюдения в Центре здоровья, Центре здоровья для детей принимается к оплате не ранее чем через месяц с даты законченного случая первичного обращения в Центр здоровья, Центр здоровья для детей в отношении одного и того же гражданина, ребенка (подростка).

1.6. При длительном лечении (более одного месяца) только в амбулаторных условиях отдельных нозологических форм заболеваний в рамках острого периода заболевания (травмы, перенесенный инсульт, послеоперационные состояния и т.д.), а также при наблюдении за беременными возможно формирование реестров счетов и оплата оказанной медицинской помощи за конкретный отчетный период (помесячно) как за обращение по поводу заболевания (при наличии двух или более посещений в текущем месяце), так и за посещение с профилактическими и иными целями (при наличии одного посещения пациента в текущем месяце).

Учитывая постоянный характер проводимого лечения в центрах (отделениях) гемодиализа пациентам с диагнозом в соответствии с МКБ-10 N18.5 «Хроническая болезнь почки, стадия 5» в реестрах счетов формируется информация о лечении данных пациентов в течение одного месяца. Оплата осуществляется ежемесячно по тарифу обращения «Проведение услуг диализа в амбулаторных условиях при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи», при этом тариф указанного обращения формируется по соответствующим тарифам услуг диализа (таблица 4 Приложения 5 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи), умноженным на их фактическое количество в текущем месяце. Коэффициент подуровня к тарифам услуг диализа не применяется.

При проведении ортодонтического лечения детям в реестрах счетов ежемесячно формируется и оплачивается оказанная медицинская помощь по тарифу посещения с профилактическими и иными целями или обращения по поводу заболевания (в зависимости от этапов лечения и количества посещений пациентом врача в текущем месяце) с указанием наименований услуг Классификатора основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (пункт 2 приложения 3 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС).

1.7. При посещениях в неотложной форме в приемные и приемно-диагностические отделения медицинских организаций оплате подлежит посещение пациента к врачам и среднему медицинскому персоналу любых специальностей, в том числе к медицинскому персоналу пунктов скорой помощи во внерабочее время амбулаторно-поликлинического отделения (структурного подразделения) медицинской организации. Оплата производится по утвержденному в установленном порядке тарифу посещения в приемное отделение (приемно-диагностическое отделение). Информация в реестры счетов выгружается с обязательным указанием оказанных медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой.



1.8. Оплата оказанной медицинскими организациями (отделениями) первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, производится по персонифицированным реестрам счетов по соответствующим утвержденным в установленном порядке тарифам условной единицы труда (УЕТ) для видов посещений или обращения по поводу заболевания, умноженным на количество УЕТ, с дальнейшим формированием в персонифицированных реестрах счетов количества посещений либо обращений и стоимости оказанных медицинских услуг в следующем порядке:

- при посещениях с профилактическими и иными целями - количества посещений пациента-физического лица с учетом 2,3 УЕТ за одно условно-физическое посещение;

- при посещениях в неотложной форме - количества посещений пациента-физического лица с учетом 1,5 УЕТ за одно условно-физическое посещение;

- при обращениях по поводу заболевания - количества обращений пациента-физического лица с учетом 8,6 УЕТ за одно условно-физическое обращение.

Наименование оказанных пациентам медицинских услуг и количество УЕТ в реестрах счетов формируется на основании Классификатора основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ, представленного в пункте 2 Приложения 3 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

1.9. Оплата по тарифам на 1 обращение при оказании медицинской помощи по поводу заболевания пациентам, обратившимся до 1 января 2016 года, а закончившим лечение в 2016 году, производится в соответствии с тарифами на 1 обращение, установленными в 2016 году.

## **2. Способ оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования**

2.1. По подушевому нормативу финансирования на 1 застрахованного на территории Республики Татарстан жителя, прикрепленного к поликлинике (поликлиническому отделению медицинской организации) (далее – подушевой норматив финансирования), предусмотрены:

- а) посещения с профилактическими и иными целями и обращений по поводу заболевания к врачам-терапевтам, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам-неврологам, врачам-хирургам, врачам-оториноларингологам, врачам-офтальмологам;

- б) посещения с профилактическими и иными целями к медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным);

- в) профилактические медицинские осмотры взрослого населения;

- г) предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних.

В подушевой норматив финансирования не входят посещения указанных врачебных специальностей:

- при оказании медицинской помощи в Центрах здоровья и в Центрах здоровья для детей;

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Республики Татарстан.

2.2. Расчет подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях производится с учетом численности прикрепленного застрахованного населения, которая устанавливается ТФОМС Республики Татарстан в разрезе СМО и медицинских организаций на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных (РС ЕРЗ).

Величина подушевого норматива на осуществление деятельности медицинской организации в месяц в целом для муниципального образования республики (медицинской организации – юридического лица) (далее – подушевой норматив) определяется по алгоритму, приведенному в пункте 3 Приложения 3 к Способам оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках Территориальной программы ОМС.

2.3. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, приведен в таблице 1 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях приведены в таблице 2 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Коэффициенты дифференциации, учитывающие уровень расходов на содержание имущества медицинских организаций, уровень расходов на содержание отдельных структурных подразделений (в том числе ФАПов), половозрастной коэффициент, рассчитанный для соответствующей медицинской организации, интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации, приведены в таблице 3 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях для групп медицинских организаций, приведен в таблице 4 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный для каждой группы медицинских организаций и поправочный коэффициент приведены в таблице 5 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях для групп медицинских организаций приведен в таблице 6 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

2.4. Способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, финансируемой по подушевому нормативу, оказанной врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейным врачам), врачами-неврологами, врачами-хирургами, врачами-оториноларингологами, врачами-офтальмологами, медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (подпункт «а» пункта 2.1 настоящего приложения).

2.4.1. Медицинские организации ежемесячно представляют персонифицированный реестр счета за оказанную медицинскую помощь, финансируемую по подушевому нормативу, в страховые медицинские организации по утвержденным в установленном порядке тарифам стоимости посещений или обращений. При формировании информации об оказанной медицинской помощи в реестрах счетов учитываются посещения с профилактическими и иными целями и обращения по поводу заболевания в порядке, изложенном в пункте 1 настоящего приложения.

Указанный реестр формируется и представляется на оплату отдельно от реестра счетов за оказанную медицинскую помощь, финансируемую по посещениям (обращениям), а также реестров счетов за оказанную медицинскую помощь при проведении диспансеризации, медицинских осмотров и медицинского обследования определенных групп взрослого и детского населения (пункты 1, 2.5, 2.6, 3 - 7 настоящего приложения).

При учете количества посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, посещение к врачу-терапевту участковому и посещение к врачу общей практики (семейному врачу) в рамках лечения одного и того же заболевания должны рассматриваться как посещения к врачу одной врачебной специальности и в персонифицированных реестрах счетов применяется тариф обращения по поводу заболевания к врачу той врачебной специальности из указанных, к которому пациент обратился при последнем посещении по данному заболеванию.

В случае отсутствия врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) по объективным причинам (при неукомплектованности либо недостаточной укомплектованности медицинской организации, оказывающей первичную врачебную медико-санитарную помощь, или ее подразделений, повышение квалификации, увольнение и т.д.), при ведении самостоятельного приема специалистами сестринского дела (фельдшер, акушерка), в персонифицированных реестрах счетов выставляются посещения, связанные с первичным доврачебным амбулаторным приемом, по соответствующим тарифам посещений либо обращений в разрезе указанных врачебных специальностей.

Указанные посещения либо обращения, связанные с первичным доврачебным амбулаторным приемом, в персонифицированных реестрах счетов подлежат оплате только при возложении отдельных функций лечащего врача на фельдшера, акушерку приказом руководителя медицинской организации, в котором указываются в том числе причины возложения на фельдшера, акушерку отдельных функций лечащего врача, перечень отдельных функций лечащего врача, возлагаемых на фельдшера, акушерку.

При формировании информации об оказанной медицинской помощи в ФАП применяется правило – неоднократные посещения в течение дня больного к одному и тому же медицинскому работнику, включая посещения по поводу процедур, учитывается как одно посещение.

2.4.2. Оплата оказанной медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, производится страховыми медицинскими организациями ежемесячно в пределах планового размера финансового обеспечения по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{факт}} = \sum(O_{\text{мп}} * T), \text{ где:}$$

Ф <sub>факт</sub>	–	размер финансового обеспечения i-ой медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;
Омп		фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);
T	–	тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей.

2.5. Способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, финансируемой по подушевому нормативу, при проведении предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних.

2.5.1. Оплате подлежит законченный случай проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних.

Оплата законченного случая предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4, 2.6, 3 – 7 настоящего приложения.

Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних включают объемы, предусмотренные «Перечнем исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних», утвержденным соответствующими приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Перечень исследований).

2.5.2. Законченный случай проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних включает первый и второй этапы.

Первый этап предварительных осмотров несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего не диагностированного заболевания (патологического состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Базовые тарифы законченного случая первого этапа исследований при проведении предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в таблице 12 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Стоимость посещений при проведении осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами включена в базовые тарифы законченного случая первого этапа исследований при проведении предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних и отдельно не оплачивается. В случае проведения осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами в других медицинских организациях оплата указанных посещений производится по гражданско-правовым договорам за консультативные услуги, оказанные медицинскими работниками сторонних медицинских организаций за счет средств, полученных за оказанную медицинскую помощь по утвержденному тарифу законченного случая первого этапа исследований при проведении предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних.

Второй этап проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних включает дополнительные консультации, исследования и

(или) получение информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (патологического состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, предварительные осмотры являются завершенными в случае проведения дополнительных консультаций, исследований и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

При направлении несовершеннолетнего на второй этап проведения предварительных медицинских осмотров оплата законченного случая осуществляется по персонифицированным реестрам счетов с учетом включения в реестр счета дополнительной консультации необходимых врачей-специалистов, выполненной в рамках второго этапа с целью определения группы состояния несовершеннолетнего. Первое посещение пациента при дополнительной консультации необходимых врачей-специалистов второго этапа квалифицируется как посещение с профилактическими и иными целями и включается в реестр счета медицинской организации по месту проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних.

При расчете стоимости дополнительных посещений к врачам-специалистам второго этапа базовые тарифы соответствующего посещения (за исключением медицинских услуг) умножаются на коэффициент подуровня в амбулаторных условиях медицинской организации.

2.6. Способ оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

2.6.1. Оплате подлежит случай проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения.

Оплата случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4, 2.5, 3 – 7 настоящего приложения.

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения включает в себя перечень исследований и иных медицинских мероприятий, осмотр врачами-специалистами, утвержденные соответствующим приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.6.2. Профилактический медицинский осмотр считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом исследований, выполненных ранее вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра) и отказов гражданина от прохождения отдельных исследований). Осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные вне рамок профилактического медицинского осмотра (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактического медицинского осмотра), и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований должны составлять не более 15% от объема

обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина. В объем профилактического медицинского осмотра могут быть включены (без оплаты):

- осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные по Территориальной программе ОМС РТ, в том числе в иных медицинских организациях;

- осмотры врачами-специалистами и исследования, осуществляемые в рамках обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований), при других обязательных медицинских осмотрах (обследованиях), а также внеочередных медицинских осмотрах (обследованиях) по направлению работодателя в случаях, предусмотренных Трудовым Кодексом и иными федеральными законами.

Случай проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения оплачивается:

- по тарифу законченного случая медицинского осмотра в случае выполнения в период прохождения профилактического медицинского осмотра (от даты начала до даты окончания профилактического медицинского осмотра) полного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста и пола гражданина (таблица 13 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи);

- по тарифам отдельных медицинских услуг в случае выполнения в период прохождения профилактического медицинского осмотра (от даты начала до даты окончания профилактического медицинского осмотра) неполного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста и пола гражданина (таблица 14 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи).

При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра медицинских показаний к проведению исследований и осмотров врачами-специалистами, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра в соответствии с Перечнем исследований, они назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Способ финансирования и оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.

3.1. Оплате подлежит случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, включающий первый и второй этапы.

Оплата первого этапа случая диспансеризации осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4 - 2.6, 4 – 7 настоящего приложения.

Диспансеризация осуществляется в соответствии с перечнем осмотров врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в зависимости от возраста и пола гражданина, предусмотренных «Объемом диспансеризации» (далее – Объем диспансеризации).

3.2. Первый этап диспансеризации считается завершенным в случае выполнения не менее 85% от объема исследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований). Осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказы гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований должны составлять не более 15% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина. В объем диспансеризации могут быть включены (без оплаты):

- осмотры врачами-специалистами и исследования, выполненные по Территориальной программе ОМС РТ, в том числе в иных медицинских организациях;

- осмотры врачами-специалистами и исследования, осуществляемые в рамках обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров (обследований), при других обязательных медицинских осмотрах (обследованиях), а также внеочередных медицинских осмотрах (обследованиях) по направлению работодателя в случаях, предусмотренных Трудовым Кодексом и иными федеральными законами.

Первый этап законченного случая диспансеризации оплачивается:

- по тарифу законченного случая диспансеризации в случае выполнения в период прохождения диспансеризации (от даты начала до даты окончания первого этапа диспансеризации) полного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста и пола гражданина (таблица 15 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи);

- по тарифам отдельных медицинских услуг, в случае выполнения в период прохождения диспансеризации (от даты начала до даты окончания первого этапа диспансеризации) неполного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста и пола гражданина (таблица 16 (если медицинские услуги оказаны в ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани, ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны или ООО «Поликлиника профилактической медицины») и таблица 17 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи).

3.3. В случае наличия в персонифицированном реестре счета медицинской организации отметки о проведении отдельных услуг в ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани, ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны или ООО «Поликлиника профилактической медицины» тариф законченного случая первого этапа диспансеризации медицинской организации уменьшается на соответствующий тариф, указанный в таблице 16 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи. Оплата указанных отдельных услуг, проведенных в вышеперечисленных медицинских организациях, осуществляется страховыми медицинскими организациями на основании персонифицированных реестров счетов указанных медицинских организаций по тарифам, приведенным в таблице 16 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

3.4. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов первого этапа диспансеризации и реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4 - 2.6, 4 – 7 настоящего приложения.

Второй этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения дополнительных осмотров врачей-специалистов и исследований с целью определения группы состояния здоровья гражданина.

Тарифы дополнительных исследований второго этапа диспансеризации приведены в таблице 18 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

При дополнительном осмотре врачами-специалистами на втором этапе диспансеризации первое посещение пациента квалифицируется как посещение с профилактическими и иными целями и включается в реестр счета второго этапа диспансеризации медицинской организации. Оплата последующих посещений к врачам-специалистам производится в соответствии с порядком, изложенном в пункте 1 настоящего приложения. Указанные посещения включаются в реестр счета медицинской организации по месту оказания медицинской помощи.

При расчете стоимости дополнительных посещений к врачам-специалистам второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения в установленном порядке базовые тарифы соответствующего посещения (за исключением медицинских услуг) умножаются на коэффициент подуровня в амбулаторных условиях медицинской организации.

4. Способ финансирования и оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при проведении диспансеризации детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

4.1. Оплате подлежит законченный случай проведения диспансеризации детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (далее - законченный случай диспансеризации), включающий первый и второй этапы.

Оплата законченного случая диспансеризации осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4 - 2.6, 3, 5 – 7 настоящего приложения.

4.2. Первый этап проведения диспансеризации включает объемы, предусмотренные «Перечнем осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – Перечень исследований);

Диспансеризация считается завершенной на первом этапе в случае проведения осмотров врачами специалистами и выполнения исследований, предусмотренным Перечнем исследований, при отсутствии подозрений на наличие у указанной категории детей заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья ребенка из других медицинских организаций.

Тарифы законченного случая диспансеризации первого этапа приведены в



таблице 19 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Стоимость посещений при проведении осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами включена в тарифы законченного случая первого этапа диспансеризации и отдельно не оплачивается. В случае проведения осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами в других медицинских организациях оплата указанных посещений производится по гражданско-правовым договорам за консультативные услуги, оказанные медицинскими работниками сторонних медицинских организаций за счет средств, полученных за оказанную медицинскую помощь по утвержденному тарифу законченного случая первого этапа диспансеризации.

4.3. Второй этап диспансеризации включает дополнительные консультации и (или) исследования в случае подозрения на наличие у указанной категории детей заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований.

В случае подозрения на наличие у ребенка заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья ребенка из других медицинских организаций, диспансеризация является завершенной в случае проведения дополнительной консультации необходимых врачей-специалистов, выполненной в рамках второго этапа с целью определения группы состояния здоровья ребенка.

Первое посещение пациента при дополнительной консультации необходимых врачей-специалистов второго этапа квалифицируется как посещение с профилактическими и иными целями и включается в реестр счета медицинской организации по месту проведения диспансеризации.

Оплата последующих посещений пациента к врачам-специалистам производится в порядке, изложенном в пункте 1 настоящего приложения. Указанные посещения включаются в реестр счета медицинской организации по месту оказания медицинской помощи.

При расчете стоимости дополнительных посещений к врачам-специалистам второго этапа диспансеризации базовые тарифы соответствующего посещения (за исключением медицинских услуг) умножаются на коэффициент подуровня в амбулаторных условиях медицинской организации.

5. Способ финансирования и оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при проведении профилактических и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних.

5.1. Оплате подлежит законченный случай проведения профилактических и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Оплата законченного случая профилактических и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4 - 2.6, 3, 4, 6, 7 настоящего приложения.

Профилактические и периодические медицинские осмотры несовершеннолетних включают объемы, предусмотренные «Перечнем исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних», утвержденным соответствующими приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Перечень исследований).

5.2. Законченный случай проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних включает первый и второй этапы.

Первый этап профилактических осмотров несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных Перечнем исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего не диагностированного заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Базовые тарифы законченного случая первого этапа исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в таблице 20 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Стоимость посещений при проведении осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами включена в базовые тарифы законченного случая первого этапа исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и отдельно не оплачивается. В случае проведения осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами в других медицинских организациях оплата указанных посещений производится по гражданско-правовым договорам за консультативные услуги, оказанные медицинскими работниками сторонних медицинских организаций за счет средств, полученных за оказанную медицинскую помощь по утвержденному тарифу законченного случая первого этапа исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

Второй этап проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних включает дополнительные консультации, исследования и (или) получение информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (патологического состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций, профилактические осмотры являются завершенными в случае проведения дополнительных консультаций, исследований и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

При направлении несовершеннолетнего на второй этап проведения профилактических медицинских осмотров оплата законченного случая осуществляется по персонифицированным реестрам счетов с учетом включения в реестр счета дополнительной консультации необходимых врачей-специалистов, выполненной в рамках второго этапа с целью определения группы состояния несовершеннолетнего. Первое посещение пациента при дополнительной

консультации необходимых врачей-специалистов второго этапа квалифицируется как посещение с профилактическими и иными целями и включается в реестр счета медицинской организации по месту проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних.

При расчете стоимости дополнительных посещений к врачам-специалистам второго этапа базовые тарифы соответствующего посещения (за исключением медицинских услуг) умножаются на коэффициент подуровня в амбулаторных условиях медицинской организации.

5.3. Оплата законченного случая проведения периодических осмотров несовершеннолетних осуществляется по персонифицированным реестрам счетов в соответствии с базовыми тарифами, приведенными в таблице 21 Приложения 4 к Размѐру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

6. Способ финансирования и оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

6.1. Оплате подлежит законченный случай проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (далее - законченный случай диспансеризации), включающий первый и второй этапы.

Оплата законченного случая диспансеризации осуществляется по персонифицированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4 - 2.6, 3 - 5, 7 настоящего приложения.

6.2. Первый этап проведения диспансеризации включает объѐмы, предусмотренные «Перечнем осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (далее – Перечень исследований);

Диспансеризация считается завершенной на первом этапе в случае проведения осмотров врачами специалистами и выполнения исследований, предусмотренным Перечнем исследований, при отсутствии подозрений на наличие у указанной категории детей заболевания (состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья ребенка из других медицинских организаций.

Тарифы законченного случая диспансеризации первого этапа приведены в таблице 22 Приложения 4 к Размѐру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

Стоимость посещений при проведении осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами включена в базовые тарифы законченного случая первого этапа диспансеризации и отдельно не оплачивается. В случае проведения осмотров врачами – стоматологами (детскими стоматологами), врачами – акушерами-гинекологами в других медицинских организациях оплата указанных посещений производится по гражданско-правовым договорам за консультативные услуги, оказанные медицинскими работниками сторонних медицинских организаций за счет средств, полученных за оказанную медицинскую помощь по утвержденному тарифу законченного случая первого этапа диспансеризации.

6.3. Вторым этапом диспансеризации являются дополнительные консультации и (или) исследования в случае подозрения на наличие у указанной категории детей заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований.

В случае подозрения на наличие у ребенка заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья ребенка из других медицинских организаций, диспансеризация является завершённой в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, входящих во второй этап диспансеризации.

Оплата отдельных посещений (обращений) к врачу соответствующей специальности второго этапа диспансеризации осуществляется по персонализированным реестрам счетов в соответствии с тарифами посещений (обращений) к врачу соответствующей специальности, которые формируются в порядке, изложенном в пункте 1 настоящего приложения.

При расчете стоимости дополнительных посещений к врачам-специалистам второго этапа диспансеризации базовые тарифы соответствующего посещения (за исключением медицинских услуг) умножаются на коэффициент подуровня в амбулаторных условиях медицинской организации.

7. Способ финансирования и оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях при проведении медицинского обследования детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

7.1. Оплате подлежит законченный случай проведения медицинского обследования детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (далее - медицинское обследование).

Оплата законченного случая медицинского осмотра осуществляется по персонализированным реестрам счетов, предоставляемым отдельно от реестров счетов, сформированных в соответствии с пунктами 1, 2.4 - 2.6, 3 - 6 настоящего приложения.

Медицинское обследование включает объемы, предусмотренные «Перечнем исследований при проведении медицинского обследования детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещаемых под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», утверждаемым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Перечень исследований)

7.2. Медицинское обследование считается законченным в случае проведения осмотров врачами специалистами и выполнения исследований, предусмотренным Перечнем исследований, при отсутствии подозрений на наличие у несовершеннолетнего заболевания (патологического состояния) и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья ребенка из других медицинских организаций.

При проведении обследования учитываются результаты медицинских осмотров врачами-специалистами и включенных в них исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев, а для детей, не достигших возраста 2 лет, - 1 месяца со дня их проведения.

7.3. В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (патологического состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья ребенка из других медицинских организаций, медицинское обследование является завершенным в случае проведения дополнительной консультации необходимых врачей-специалистов и/или обследования с целью оценки состояния здоровья несовершеннолетнего. Результаты дополнительных исследований несовершеннолетнего передаются в медицинскую организацию и учитываются при оценке состояния здоровья несовершеннолетнего наравне с результатами обследования, проведенного в медицинской организации.

Первое посещение пациента при дополнительной консультации необходимых врачей-специалистов квалифицируется как посещение с профилактическими и иными целями и включается в реестр счета медицинской организации по месту проведения медицинского обследования.

Оплата последующих посещений пациента к врачам-специалистам производится в порядке, изложенном в пункте 1 настоящего приложения. Указанные посещения включаются в реестр счета медицинской организации по месту оказания медицинской помощи.

7.4. Медицинское обследование оплачивается:

по тарифу законченного случая медицинского обследования в случае выполнения в период прохождения обследования (от даты начала до даты окончания медицинского обследования) полного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста (таблица 23 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи);

по тарифам отдельных медицинских услуг, в случае выполнения в период прохождения медицинского обследования (от даты начала до даты окончания обследования) неполного объема медицинских услуг, установленных для данного возраста (таблица 24 Приложения 4 к Размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи).