Приложение 2.1

к Тарифному соглашению от 26 декабря 2024 года

**Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

1. Настоящий Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Ростовской области (далее – Порядок), разработан в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. от 25.12.2023), приказом МЗ РФ от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования (в ред. от 13.12.2022 №789н), «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2024 № 31-2/200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 №00-10-26-2-06/2778 (письмо Минздрава РФ от 19.02.2024 № 31-2/200), письмом Министерства здравоохранения РФ от 30.01.2024 № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы». Порядок устанавливает единые для всех медицинских организаций (МО) и страховых медицинских организаций (СМО) способы оплаты медицинских услуг, оказываемых МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

2. За медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторно-поликлинических условиях, применяется оплата за принятую единицу объема медицинской помощи в сочетании с оплатой на основе подушевого норматива финансирования МО на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций.

3. Для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, предусмотрена оплата первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной, на основе подушевых нормативов (по дифференцированным подушевым нормативам финансирования), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных в приложении 3.1.8, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, наряду с оплатой по тарифам за единицу объема оказанной медицинской помощи (законченный случай профилактической помощи, диспансерное наблюдение взрослого населения и т.д.).

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий.

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи на одно застрахованное лицо определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ростовской области, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Ростовской области на 01.01.2024, человек. |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи  с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения  по заболеванию при оказании медицинской помощи  по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей. |

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей; |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
|  | объем средств, направляемых медицинским организациям  в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

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

где:

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

По аналогичной формуле рассчитывается значение .

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц первичной медико-санитарной помощи не включены:

- размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными размерами (приложение 3.1.3);

- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходы на проведение отдельных диагностических и лабораторных исследований, в т. ч. компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, школы для больных хроническими заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета;

- расходы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослых и детей, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин, диспансерного наблюдения взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема (оплата услуг диализа, комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, комплексных посещений центров амбулаторной онкологической помощи, посещений с профилактическими целями центров здоровья, в том числе охраны репродуктивного здоровья подростков.

3.3. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций определяются с учетом половозрастного состава населения, прикрепленного к медицинской организации.

Численность прикрепленного населения распределяется на следующие половозрастные группы:

0-1 год мужчины/женщины;

1-4 года мужчины/женщины;

5-17 лет мужчины/женщины;

18-64 лет мужчины/женщины;

65 лет и старше мужчины/женщины.

К расчету коэффициентов половозрастного состава принимается численность застрахованных лиц на территории Ростовской области на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц на первое число последнего месяца предыдущего квартала.

Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных.

Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (P) (без учета возраста и пола) по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| З | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным за расчетный период; |
| М | количество месяцев в расчетном периоде; |
| Ч | численность застрахованных лиц. |

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее   
в j-тый половозрастной интервал (Pj), по формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| Зj | затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период; |
| Чj | численность застрахованных лиц, попадающих в j-тый половозрастной интервал. |

Рассчитываются коэффициенты дифференциации КДj для каждой половозрастной группы по формуле:

.

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6.

Коэффициенты половозрастного состава в разрезе половозрастных групп населения:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | По группам застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| Коэффициенты половозрастного состава | 0 - 1 год | | 1 - 4 года | | 5 - 17 лет | | 18 - 64 года | | 65 лет и старше | |
| муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
| ***3,8119*** | ***3,7427*** | ***2,5031*** | ***2,4525*** | ***1,6366*** | ***1,6292*** | ***0,4548*** | ***0,8902*** | ***1,6*** | ***1,6*** |

Значения коэффициентов половозрастного состава для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | коэффициент половозрастного состава, определенный для i-той медицинской организаций; |
|  | коэффициент половозрастного состава, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы); |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек. |

3.4. В отношении медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий, применяются следующие коэффициенты дифференциаци:

* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек - 1,113,
* для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – 1,04.

3.5. При расчете коэффициента уровня расходов медицинских организаций ( учитываются особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц первичной медико-санитарной помощи включены расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырёхсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

В части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Перечень медицинских организаций с указанием значений всех коэффициентов, используемых при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования, значений дифференцированных подушевых нормативов финансирования, а также численности прикрепленных к медицинской организации лиц по состоянию на первое число последнего месяца квартала, предшествующего расчетному, приведен в приложении 3.1.1.

Размер среднего подушевого норматива финансирования и базового норматива финансирования в амбулаторных условиях (годового и месячного), приведены в приложении 3.1.2 к тарифному соглашению.

Оплата по подушевому нормативу осуществляется в соответствии с численностью застрахованных прикрепленных лиц, подтверждаемой актом сверки численности (согласно приложению 2 к договору на оказание и оплату медицинской помощи, заключенному между СМО и МО). Сверка численности прикрепленного населения, распределенного на половозрастные группы в соответствии с п.153 Правил ОМС, производится ежеквартально.

Ежемесячная сумма, подлежащая оплате медицинской организации за прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

∑МО = *(месячный)* х , где

*(месячный)* – дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей, равный 1/12 годового;

– численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-й медицинской организации на первое число последнего месяца предыдущего квартала.

4. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации составляет в 2025 году:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей, – 938,8 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 444,3 тыс. рублей

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 2 888,7 тыс. рублей,

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 3 434,0 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий более 2000 жителей, – 3 777,5 тыс. рублей.

Финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, полностью соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, рассчитано с применением коэффициента 1,0, не соответствующих требованиям - коэффициентов от 0,1 до 0,95 (с учетом фактической потребности финансирования).

Для фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих медицинскую помощь женщинам репродуктивного возраста (женщины в возрасте от 18 лет до 49 лет включительно), но не имеющих в штате акушеров, рассчитан отдельный повышающий коэффициент, учитывающий долю женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения, так как полномочия по работе с такими женщинами в части проведения санитарно-гигиенического обучения по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, осуществляются фельдшером или медицинской сестрой. Прогнозная длительность одной такой консультации составляет 10 минут, предполагаемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации.

Порядок отражения сумм финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов определен Регламентом информационного взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

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

В части расходов на заработную плату включено в том числе финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации; |
|  | число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению); |
|  | базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа; |
|  | коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом  Минздрава РФ № 543н (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). |

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в разрезе районов Ростовской области, имеющих в структуре соответствующие подразделения, приведен в приложении 3.1.3.

3. Оплата по тарифам на принятые единицы объема медицинской помощи, определяемым на основе базовых тарифов на одно врачебное посещение в разрезе специальностей, по стоматологической помощи – на основе базовых тарифов на одну условную единицу трудоемкости (УЕТ), по отдельным врачебным манипуляциям и диагностическим (лабораторным) исследованиям – по стоимости медицинской услуги, предусматривается:

- на одно посещение с профилактической и иными целями (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения центров здоровья, посещения среднего медицинского персонала и разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования, а также посещения центров амбулаторной онкологической помощи), диспансерное наблюдение, в частности при длительных случаях наблюдения за травматологическими больными, при наблюдении за нормально протекающей беременностью и пр. ;

- на посещение школы для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Стоимость комплексного посещения в расчете на одного пациента:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа пациентов | Стоимость с учетом kдиф. 1,001 (рублей) | В среднем включает |
| Взрослые с сахарным диабетом 1 типа | 1 559,28 | 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля |
| Взрослые с сахарным диабетом 2 типа | 1 292,56 | 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля |
| Дети и подростки с сахарным диабетом | 2 051,69 | 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля |

- на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме. При оказании медицинской помощи в неотложной форме допускается выставление нескольких посещений в один день;

- на одно обращение по поводу заболевания в амбулаторных условиях, включающее не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности);

- одно комплексное посещение по поводу профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослых и детей, в том числе углубленной диспансеризации, и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- одно комплексное лечебно-диагностическое обращение по поводу заболевания для детей и взрослых (включает не менее пяти посещений по основной и дополнительным врачебным специальностям, а также выполненные лабораторно-диагностические услуги и лечебные манипуляции);

- одно комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», в соответствии с клиническими рекомендациями и порядками оказания медицинской помощи;

- на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, школы для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета.

В рамках одного обращения не допускается выставление отдельных (или частичных) счетов за каждое посещение.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

4. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение», 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 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855),

от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964),

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 16 мая 2019 г. № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (зарегистрировано в Минюсте России 7 июня 2019 г. № 54887),

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).

При проведении полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, мобильными медицинскими бригадами, а также при проведении указанных мероприятий в выходные дни, к установленным тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,1.

Тарифы на комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, комплексные посещения для проведения диспансеризации отдельных категорий граждан, дифференцированные по полу и возрасту, а также исследования и медицинские вмешательства в рамках углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин ( I и II этапы), приведены в приложении 3.1 к Тарифному соглашению.

Оплата случаев диспансерного наблюдения лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом (включая E10, E11), взятых за основу расчета норматива объема диспансерного наблюдения в Ростовской области на 2025 год, осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения с учетом требований приказов Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», от 4.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

5.Размеры тарифов на случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях в зависимости от оценки состояния взрослого пациента\* по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация, с учетом в том числе нормативов финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация»), следующие:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование профиля / сведения по ШРМ\*\* | Базовый тариф | Поправоч-ный k | Стоимость |
| Неврология 2 балла по ШРМ | 25453,13 | 1,2752 | 32457,83 |
| Неврология 3 балла по ШРМ | 25453,13 | 1,4878 | 37869,17 |
| Травматология и ортопедия 2 балла по ШРМ | 25453,13 | 0,9790 | 24918,61 |
| Травматология и ортопедия 3 балла по ШРМ | 25453,13 | 1,1723 | 29838,7 |
| Кардиология 2 балла по ШРМ | 25453,13 | 0,8953 | 22788,19 |
| Кардиология 3 балла по ШРМ | 25453,13 | 1,0757 | 27379,93 |
| Онкология 2 балла по ШРМ ( по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии) | 25453,13 | 0,9726 | 24755,71 |
| Онкология 3 балла по ШРМ (после онкоортопедических операций) | 25453,13 | 1,1337 | 28856,21 |
| Инфекционные заболевания в части медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 2 балла по ШРМ | 25453,13 | 0,6441 | 16394,36 |
| Инфекционные заболевания в части медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, 3 балла по ШРМ | 25453,13 | 0,9018 | 22953,63 |
| Иные профили 2 балла по ШРМ (др. соматические заболевания) | 25453,13 | 0,5475 | 13935,59 |
| Иные профили 3 балла по ШРМ (др. соматические заболевания) | 25453,13 | 0,7021 | 17870,64 |

*\* Медицинская реабилитация детей в амбулаторных условиях в зависимости от оценки состояния пациента определяется критерием уровня курации (Уровень курации I-III), что соответствует ШРМ в таблице (ШРМ 1-3 балла).*

*\*\* Согласно Приказу МЗ РФ от 31.07.2020 № 788н ШРМ 0-1 балла не нуждаются в продолжении медицинской реабилитации.*

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). Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10-12 посещений.

Объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», определяется по формуле:

,

где:

объем средств, полученных i-той медицинской организацией   
за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

объем комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом в том числе заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента;

тариф на оплату комплексного посещения по профилю   
«Медицинская реабилитация» для соответствующего заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента.

6. Базовые тарифы на принятые единицы объема медицинской помощи включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырёхсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

В части расходов на оплату труда включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Общая формула расчета стоимости посещения, обращения имеет следующий вид:

**Т= Сз x Ку**

**Т** – тариф посещения, обращения;

**Сз** – базовый тариф на единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

**Ку** – коэффициент уровня (подуровня), установленный для групп медицинских организаций.

Размеры базовых тарифов на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объёма её оказания, для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, приведены в приложении 3.1.4. к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты уровня приведены в приложении 3.1.5. «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием уровня (подуровня) медицинских организаций».

7. При оплате амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам на принятые единицы объемов медицинской помощи, кодирование оказанной помощи осуществляется с учетом специальности врача и вида посещения (обращения). Медицинская помощь врачей, ведущих специализированный прием детей, оплачиваются по тарифам, поименованным для врачебных специальностей с пометкой (для детского населения).

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные бригады, устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,1 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами.

8.Оплата стоматологических медицинских услуг производится в соответствии с приложением 3 к «Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения РФ 19.02.2024 № 31-2/200 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования *от 19.02.2024 №00-10-26-2-06/2778 (письмо Минздрава РФ от 19.02.2024 № 31-2/200)* «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях» (приложение 2.1.1 «Классификатор медицинских услуг по оказанию первичной специализированной стоматологической помощи»).

Формула расчета стоимости стоматологических услуг:

**Т= Сз x Ку х Чует,** где

**Т** – тариф услуги в стоматологии;

**Сз** – базовый тариф на 1 УЕТ в стоматологии;

**Ку** – коэффициент уровня (подуровня), установленный для групп медицинских организаций,

**Чует** – число УЕТ в соответствии с Классификатором медицинских услуг.

При оплате стоматологической медицинской помощи единицей объема считается посещение с профилактическими и иными целями, включая неотложную помощь, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых корректируется с учетом содержащегося в них количества УЕТ.

9. Решение об оплате случаев проведения сеансов хронического гемодиализа и перитонеального диализа принимается СМО строго в соответствии с актуальным регистром пациентов, направленных Министерством здравоохранения Ростовской области на заместительную поченую терапию. Актуализация регистра проводится ежемесячно на основании данных о вновь прибывших пациентах, которые направляются медицинскими организациями, оказывающими эти услуги по согласованию с Минздравом Ростовской области в ТФОМС Ростовской области в срок до 20 числа отчетного месяца. Случаи сеансов хронического гемодиализа и перитонеального диализа пациентам, не вошедшим в регистр из-за задержки согласования направления с МЗ Ростовской области, выставляются после урегулирования данного вопроса дополнительными счетами в следующем периоде. Решение о корректировке объемов оказания этой медицинской помощи медицинскими организациями принимаются Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС так же строго в соответствии с актуальным регистром пациентов, направленных Министерством здравоохранения Ростовской области на это лечение.

10. Тарифы на проведение отдельных диагностических и лабораторных исследований, в т. ч. компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, школы для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета утверждены за медицинскую услугу, кодируемую в соответствии с [приказом](consultantplus://offline/ref=2BB4A26731004D977168999E5558B5B95186931A9FCD5A44C1FD97760F9366C25D9C4C738290DC5C73F5344274M1i4L) Минздрава России от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - [Номенклатура](consultantplus://offline/ref=2BB4A26731004D977168999E5558B5B95186931A9FCD5A44C1FD97760F9366C24F9C147F8299C25D74E0621332418CB0AAF2417F1F3FF88DM4i6L) медицинских услуг) и приведены в приложении 3.1.7 «Тарифы на диагностические, в том числе лабораторные исследования, выполняемые по направлениям медицинских организаций системы ОМС». Коэффициенты уровня к ставкам затрат на все диагностические и лабораторные медицинские услуги не применяются.

Назначение отдельных диагностических и лабораторных исследований, в т. ч. осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Счета за медицинские услуги компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии,ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, школы для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета выставляют все медицинские организации только за амбулаторных пациентов. При оказании лабораторных, диагностических услуг, врачебных манипуляций, в т. ч. офтальмологических и отоларингологических, допускается кратность выставления счетов по одноименному коду Федеральной номенклатуры с учетом парности органов и /или набора медицинских услуг, утвержденных клиническими рекомендациями, протоколами, схемами и механизмами обследования и лечения. СМО при необходимости вправе отбирать счета на соответствующий вид экспертизы.

Оплата прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (IV-V категории сложности, включая иммуногистохимические исследования), патолого-анатомических исследований I-III категории сложности, цитологических исследований осуществляется за исследование одного тканевого образца в целом (независимо от количества срезов (стекол). При этом тарифы дифференцированы по категориям сложности прижизненных патолого-анатомических исследований, а также с учетом проведения дополнительных исследований с применением иммуногистохимических методов.

Страховые медицинские организации принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, и которого пациент выбрал в порядке прикрепления. Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

11.Перечень МО, в которых параклинические услуги, оказанные в рамках Территориальной программы ОМС пациентам, направленным в установленном порядке другими медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, Минздравом области, военными комиссариатами, руководителем (ответственным лицом) данной медицинской организации (например, в соответствии с «Положением о порядке направления пациентов и оказания консультативно-диагностической и лечебной помощи в ГАУ РО "Областной консультативно-диагностический центр", о порядке направления пациентов области в областные МО, разработанный МЗРО и т.п.) оплачиваются по отдельным тарифам, приведен в приложении 3.1.6 к Тарифному соглашению**.** При этом обязательным является наличие направления МО на оказание параклинических услуг с использованием программного информационного управления диагностическими потоками услуг. МО (кабинеты), оказывающие медицинскую помощь онкологического профиля, ГБУ РО "Областной центр охраны здоровья семьи и репродукции" оказывают услуги в том числе без наличия направления.

11. Амбулаторная медицинская помощь, оказанная медицинской организацией, имеющей прикрепленное население, по направлениям, выданным иной медицинской организацией, источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, оплачивается в рамках хоздоговорных отношений (межучрежденческих расчетов), из средств подушевого финансирования, получаемых иной медицинской организацией.

Услуги, оказанные сторонними медицинскими организациями гражданам в период проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослых и детей, в том числе углубленной диспансеризации, и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин, диспансерного наблюдения взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, подлежат оплате в рамках договоров, заключенных между сторонними медицинскими организациями, выполнившими необходимые исследования по направлению медицинских организаций, проводящими профилактические мероприятия и направившие своих прикрепленных лиц (или их биоматериал) для оказания услуг в сторонние МО.

Амбулаторная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения (диагностические центры, в т.ч. централизованные лаборатории, областные учреждения 3-го уровня и др.) по направлениям медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, оплачивается медицинским организациям, не имеющим прикрепленного населения, за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу (по единым тарифам, установленным в приложении 3.1.7 к тарифному соглашению), посещение, обращение.

11.1. Если при обращении на консультацию или при поступлении на плановую госпитализацию в МО (в том числе областные и федеральные) у пациента на руках есть результаты исследований, прилагаемых к направлению согласно нормативным документам министерства здравоохранения, то в случае, если принимающая МО требует от пациента повторного проведения тех же исследований («переделывания») в своей МО, они производятся за счет данной МО и не подлежат оплате из средств ОМС или за счет пациента, если срок действия результатов исследований, определенный клиническими рекомендациями, протоколами оказания медицинской помощи, не истек.

11.2. Стоимость лабораторных и диагностических медицинских услуг, оказываемых в период госпитализации в круглосуточный или дневной стационар, включена в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ. Затраты на оказание параклинических услуг (манипуляций, процедур, исследований, в том числе иммунологических исследований на ВИЧ–инфекцию для лиц, не состоящих на учете) учитываются в тарифах основных клинических подразделений.

При отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования, МО, где оказывается медицинская помощь в стационарных условиях, направляет пациента и/или биоматериал в другую МО (централизованную лабораторию, консультативно-диагностический центр и т.д.).

Межучрежденческие расчеты за пациентов, которым оказаны диагностические, в том числе лабораторные исследования, выполняемые по направлениям медицинских организаций системы ОМС Ростовской области, где пациент находится на лечении в условиях круглосуточного или дневного стационаров, осуществляются страховыми медицинскими организациями по единым тарифам на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, утвержденным Тарифным соглашением (Приложение 3.1.7). Данные межучрежденческие расчеты проводятся в соответствии с Приложением 13 Регламента информационного взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказываемую застрахованным лицам на территории Ростовской области, определяющим порядок взаимодействия СМО и МО при проведении межучрежденческих взаиморасчетов.

11.3. В случаях одновременного лечения больных в стационаре и поликлинике счета за амбулаторно-поликлиническую помощь оплате не подлежат, за исключением:

лечения больных методом заместительной почечной терапии;

оказания стоматологической помощи по экстренным показаниям (острый болевой синдром);

оказания скорой и первичной медико-санитарной помощи, в т. ч. в неотложной форме в амбулаторно-поликлинических условиях, онкологическим больным и больным с вирусным гепатитом С в период этапного лечения в условиях дневного стационара;

проведения ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

консультаций и диагностических услуг в день поступления и выписки пациента из стационара;

консультативно-диагностических посещений специалистами медицинских организаций 3 уровня по запросу других медицинских организаций, а также консультаций и лечебно-диагностических манипуляций, проводимых детям, в том числе с ретинопатией недоношенных (обоснованная необходимость таких посещений и исследований должна подтверждаться наличием направления, выданного стационаром пребывания, при необходимости данные случаи могут быть отобраны СМО для проведения соответствующей экспертизы).

Данные исключения не распространяются на случаи оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

11.4. Счета за оказанные лечебно-диагностические (параклинические) услуги, имеющие длительный технологический срок с момента начала (забора материала) до получения результата исследования, подлежат оплате в полном объеме, в том числе в случае, когда дата получения результата позже, чем дата смерти пациента.

12. Оплата труда врачей-консультантов областных специализированных учреждений здравоохранения Ростовской области, с которыми заключены соответствующие договоры на оказание консультативной медицинской помощи, осуществляется за счет средств ОМС, заработанных по счетам.

13. Тарифы на оплату медицинской помощи утверждаются юридическому лицу – медицинской организации, представлены в справочнике тарификационных карт в электронном виде, и применяются для всех подразделений медицинской организации (юридического лица).

14. В рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения возможно принятие к оплате по ОМС случаев медицинской помощи, соответствующих отдельным кодам XXI класса МКБ-10 с проведением СМО их экспертизы:

14.1. Только пациентам, застрахованным по ОМС страховыми медицинскими организациями Ростовской области, при проведении:

- диспансеризации здоровых детей, медицинских осмотров несовершеннолетних - Z00.1–Z00.3, Z01.2, Z23–Z27, Z10.8, K02, K00–K01.1, R76.1, F00-F 99.

- диспансеризации определенных групп взрослого населения – Z00.0, кроме того, коды, перечисленные в приложении 3 к Порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом МЗ РФ от 27.04.2021 №404н (I10–I15, R03.0, E78, R73.9, Z72.0–Z72.4, R63.5, E66, Z82.3–Z82.5, Z80, Z83.3, R54);

- оценки врачом-педиатром результата проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, или оставшихся без попечения родителей – F00–F99, H00–H59, K00–K14, N60–N98, L00–L99, S00-S99, T00–T99;

- профилактических медицинских осмотров взрослых в муниципальных МО – Z00.0, Z22–Z27;

- флюорографического обследования пациентов, рентгенографии и маммографии – Z01.6;

- осмотров прикрепленного населения при наличии подозрения или установленного диагноза коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19;

- при посещении стоматолога с профилактической целью взрослых и детей (за исключением осмотра в составе проведения профилактических осмотров несовершеннолетних) – Z01.2;

- при проведении диспансерного наблюдения врачом - терапевтом, врачом - кардиологом лицам с Z95.0–Z95.5, R73.0, R73.9.

14.2. При наблюдении за нормально протекающей беременностью – Z34; обследовании для прерывания беременности - Z32; введении (внутриматочного) противозачаточного средства - Z30.1; прерывании беременности в раннем сроке - Z30.3; стерилизации, госпитализации для перевязки маточных труб - Z30.2.

14.3. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно при первичном обращении в МО:

- для всех медицинских организаций - Z03.1;

- для ГБУ РО «РОКБ», ГБУ РО «ОКБ № 2», ГАУ РО «ОКДЦ», ГБУ РО «ОДБ», ГБУ РО «ЛРЦ №1», ГБУ РО «ЛРЦ №2», ГБУ РО «ОЦОЗС и Р», ФГБУЗ «ЮОМЦФМБА», ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» г. Ростова-на-Дону, ГБУ РО «Консультативно-диагностический центр» и ГБУ РО «Детская городская поликлиника №1» г. Таганрога, ООО «МНПФ «Авиценна», ООО «Офтальмологическая клиника «Леге Артис», ООО «ОЦ «ЭКСИМЕР» – Z01.0-01.9, Z02.3, Z03.3-03.9, Z04.8-04.9, Z08.8, Z09.0, Z31.5, Z35, Z08.7, Z94.7, Z96.1, Z97.0, Z98.8».

14.4. В случае, когда окончательное установление диагноза невозможно – при обследовании и лечении в ГБУ РО «ОКДЦ», ГБУ РО «ОКБ №2» – R00–R99 (за исключением R41.8, R44.8, R45, R45.2, R45.3, R45.5, R46, R46.0, R46.1, R46.2, R46.3, R46.5, R46.6, R46.7, R46.8, R75).

14.5. В случае проведения амбулаторного обследования граждан допризывного, призывного возраста, и граждан, оформляющихся на военную службу по контракту, застрахованных по ОМС, при наличии направления территориального (областного) военного комиссариата, либо направления министерства здравоохранения области –Z02.3.

14.6. Для Центров здоровья– Z03.1, Z03.3, Z03.4, Z03.5, Z03.6, Z03.8, Z03.9 Z10.1, Z10.3, Z10.8, Z71.3, Z71.4–Z72.9.

14.7. При посещении врача-онколога - Z01.4 –Z 01.9 , Z03.1.

14.8. Осмотр врачом-дерматологом на чесотку и педикулез детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, лагеря, интернаты и т.п.; учащихся школ и иных учебных заведений; больных, поступающих на стационарное лечение и др. с выдачей соответствующей справки с кодом Z00.0, Z20.7».