

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИ-
ЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
на 2020 год**

г.Махачкала

«30» декабря 2019 г.

1. Общие положения

1.1.Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение,

Министерство здравоохранения Республики Дагестан в лице:

Министра здравоохранения Республики Дагестан (председателя Комиссии)
Гаджиibraгимова Джамалудина Алиевича;

Заместителя министра здравоохранения Республики Дагестан Рамазанова
Мазая Бадукаевича;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Республики Дагестан в лице:

Врио директора Территориального фонда обязательного медицинского стра-
хования Республики Дагестан (заместителя председателя Комиссии) Мамаева
Ильяса Ахмедовича;

Заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинско-
го страхования Республики Дагестан Ахмедова Махмуд-Апанди Гаджимагомедо-
вича;

Заместителя председателя Дагестанского республиканского союза
организаций профсоюзов в лице заместителя председателя Билалова Мусы
Исаевича;

Председателя Дагестанской республиканской организации профсоюзов
работников здравоохранения Российской Федерации в лице Бучаевой Зумруд
Камиловны;

Директора филиала АО «Макс-М» в г. Махачкале (по согласованию) Залбе-
кова Далгата Магомедсаидовича;

Директора филиала общества с ограниченной ответственностью «ВТБ меди-
цинское страхование в Республике Дагестан» (по согласованию) Ибрагимова Иб-
рагима Магомедовича;

Президента республиканской общественной организации «Ассоциация
врачей Дагестана» (по согласованию) Муртазалиева Магомеда Гитиновича;

Председателя отделения Первой Общероссийской ассоциации врачей
частной практики в Республике Дагестан Аскерханова Гаида Рашидовича,
именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с частью 2 ст. 30
Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском
страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное

соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Дагестан (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

1.2. Нормативные правовые акты

Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

Федеральными законами:

от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон №323-ФЗ);

от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее Закон №326-ФЗ);

постановлениями Правительства Российской Федерации:

от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

от 07.12. 2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

постановлениями Правительства Республики Дагестан:

от 27.12.2019 №345 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);

от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;

приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

от 13.10.2017 № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (далее - Номенклатура);

от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных

и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

1.3.4. Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при выполнении Территориальной программы.

1.3.5. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Дагестан, образованной постановлением Правительства Республики Дагестан от 31 мая 2012 г. № 194 (в ред. от 14.11.2019 г. №290) (далее - Комиссия).

1.3.6. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи в сфере ОМС, Правилами обязательного медицинского страхования, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными правовыми документами в сфере ОМС, утвержденными в установленном порядке.

1.3.7. Реализация Территориальной программы обеспечивается в соответствии с трехуровневой системой организации медицинской помощи.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

1.4. Основные понятия и термины

В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

ОМС - обязательное медицинское страхование;

ТФОМС РД - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

СМО (страховая медицинская организация) - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан;

МО (медицинская организация) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

тариф на медицинскую услугу – денежная сумма, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи в рамках Территориальной программы;

структура тарифа - перечень видов расходов МО по статьям экономической классификации, подлежащих финансированию из средств ОМС;

медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) - медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи и включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

посещение (в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках Территориальной программы;

обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар;

клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой (средняя стоимость законченного случая лечения);

коэффициент относительной затроемкости - устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

управленческий коэффициент - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

коэффициент сложности лечения пациентов - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

коэффициент дифференциации Республики Дагестан - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов, равный для Республики Дагестан 1,006;

оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая

госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных методическими рекомендациями

МО – заказчик – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного или дневного стационаров, выдавшая застрахованному лицу направление для получения внешних медицинских услуг в амбулаторных условиях;

МО – исполнитель – медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающая внешние медицинские услуги застрахованным лицам по направлениям, выданным медицинскими организациями-заказчиками.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Дагестан в 2019 году

2.1. Общие положения

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, установлены Территориальной программой, утвержденной в составе Программы государственных гарантий, в соответствии со статьей 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Дагестан осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом требований Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденного приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) от 28.02.2019г. №36.

Медицинская помощь, оказанная МО пациенту, застрахованному по ОМС на территории Республики Дагестан, оплачивается СМО, в которой застрахован гражданин на дату завершения случая оказания медицинской помощи. Оплата медицинской помощи, оказанной МО застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату медицинской помощи в сфере ОМС в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС. Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи по ОМС предоставляются ежемесячно в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС между МО и СМО.

Оплата медицинской помощи, оказанной в МО Республики Дагестан лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, оплачивается ТФОМС РД и подлежит возмещению территориальными фондами обязательного

медицинского страхования иных субъектов Российской Федерации в соответствии с Правилами ОМС.

При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи в полном объеме и на условиях, определенных Территориальной программой (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных диагностических исследований, отсутствие допустимых санитарно-эпидемиологических условий и (или) иных условий для проведения лабораторных исследований и др.) МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Оплата осуществляется по полному тарифу, включающему статьи расходов, входящие в структуру тарифа в соответствии с ч.7 ст.35 Закона № 326-ФЗ: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, 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 МО лаборатории, диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников МО, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Дагестан в зависимости от условий ее предоставления производится способами, представленными в пунктах: 2.2, 2.3, 2.4, 2.5.

Перечень МО по условиям и уровням оказания медицинской помощи представлен в Приложениях № 1, 1.1, 1.2, 1.3 и 1.4.

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установлены следующие способы оплаты.

Для МО, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) - в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицин-

скую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний).
- по размеру финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой на 2020 год, при условии их соответствия требованиям установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата за единицу объема медицинской помощи осуществляется в соответствии с утвержденными тарифами:

1) за посещение в неотложной форме, в том числе для застрахованных лиц, прикрепившихся к другим МО, и включает оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

2) за посещение с профилактической целью, обращение по заболеванию в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология»;

3) за комплексное посещение: для проведения профилактических медицинских осмотров (включающий 1-е посещение в году для проведения диспансерного наблюдения), для проведения диспансеризации.

4) за медицинскую услугу: услугу гемодиализа, перитонеального диализа;

5) за медицинскую услугу: при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний;

Без направления осуществляется прием застрахованных лиц врачами, оказывающими медицинскую помощь:

- по профилю «Дерматовенерология» (в части дерматологии);
- по профилю «Акушерство-гинекология» для женских консультаций функционирующих в составе родильных домов;
- по профилю «Гериатрия»;

- в медицинских организациях, функционирующих как структурные подразделения республиканских центров, диспансеров по профилям «Кардиология», «Эндокринология», «Онкология»;

- в центрах здоровья, в том числе центре здоровья, функционирующего при ГБУ РД «Республиканский центр медицинской профилактики»;

- в отделениях амбулаторной травмы по перечню МО, согласно приложению № 4-а.

Для МО, не имеющих прикрепившихся лиц:

Оказание МО, не имеющим прикрепленного населения, медицинской помощи в плановой форме (посещения, обращения по поводу заболевания), лечебно-диагностических услуг застрахованным лицам, прикрепившимся к другим МО, осуществляется при наличии направления лечащего врача МО, выбранной пациентом для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в рамках процедуры маршрутизации, установленной Министерством здравоохранения Республики Дагестан, за исключением медицинской помощи по профилям, «Дерматовенерология», «Стоматология» и медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме.

Стоимость посещения, обращения по поводу заболевания включает посещение (консультацию) специалиста, врачебную манипуляцию и назначенные им обследования, за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний)

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования используется при оплате амбулаторной медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, МО в соответствии с Перечнем МО, участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №12).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

– расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

– расходы на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Программой размерами

финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

– расходы на оплату проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний) в соответствии с нормативами;

– расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;

– расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

– расходы на оплату стоматологической медицинской помощи;

– на медицинскую помощь, оказываемую лицам, застрахованным на территории республики, за пределами Республики Дагестан.

2.2.1.1. Прикрепление застрахованных лиц к МО для получения первичной медико-санитарной помощи осуществляется в соответствии с Регламентом информационного взаимодействия между МО, СМО и ТФОМС РД при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС Республики Дагестан, утвержденным приказом ТФОМС РД от 25 октября 2013 г. № 167-о и совместным приказом Министерства здравоохранения РД и ТФОМС РД от 02.12.2013г. №867Л/194/1-о «Об утверждении порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к МО, оказывающим первичную медико-санитарную помощь».

Учет сведений о прикреплении застрахованных лиц по ОМС к МО на территории Республики Дагестан осуществляется в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

2.2.1.2. Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность прикрепленного населения к МО на 01 число отчетного месяца.

СМО и МО по состоянию на 01 число отчетного месяца проводят сверку численности прикрепленного населения к МО в разрезе половозрастных групп населения и подписывают Приложение №2 к Договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

2.2.1.3. Финансирование МО производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива с учетом половозрастных коэффициентов (Приложение №25), учитывающих различия в расходах на оказание медицинской помощи отдельным группам граждан в зависимости от пола, возраста и их потребности в медицинской помощи.

Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования представлен в Приложении №14.

2.2.2. Перечень МО, оказывающих амбулаторную помощь, представлен в Приложении №1.3.

Для МО, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, установлены тарифы на:

а) комплексное посещение в соответствии с порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения Профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2);

б) комплексное посещение с использованием выездных мобильных бригад в соответствии с порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения Профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2-а);

в) комплексное посещение в соответствии с порядком проведения профосмотров взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения Профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложению №5);

г) комплексное посещение с использованием выездных мобильных бригад в соответствии с порядком проведения профосмотров взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019г. №124н «Об утверждении порядка проведения Профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложению №5-а);

д) посещения в соответствии с порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72н к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложение № 3);

е) посещения с использованием выездных мобильных бригад в соответствии с порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72н к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложение № 3-а);

ж) посещения в соответствии с порядком проведения диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с порядком, определенным приказом

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 г. № 216н к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложение № 4);

з) посещения с использованием выездных мобильных бригад в соответствии с порядком проведения диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 г. № 216н к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложение № 4-а);

и) посещения в соответствии с порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложение №6);

к) посещения с использованием выездных мобильных бригад в соответствии с порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. к Тарифному соглашению изложить в редакции, согласно (Приложение №6-а);

л) посещения с профилактическими и иными целями, в том числе разовые посещения в связи с заболеванием (приложение №8);

м) посещения по неотложной медицинской помощи (приложение №7)

н) обращения по поводу заболевания (приложение №9);

о) условная единица трудоемкости (УЕТ) - для стоматологической медицинской помощи (приложение №19);

п) услуги диализа (приложение №11);

р) лабораторно-диагностические услуги (приложение №15).

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации.

При этом для всех граждан, подлежащих прохождению профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, обязательным набором услуг является: проведение опроса (анкетирования) и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Посещения с иными целями включают:

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в

восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений)

посещения для проведения 2 этапа диспансеризации,

разовые посещения в связи с заболеваниями,

посещения центров здоровья,

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

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

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

Медицинская организация при выставлении на оплату случаев профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения в электронном реестре счета указывает входящие в комплексный тариф на диспансеризацию и профилактический осмотр взрослого населения фактически оказанные медицинские услуги с нулевой стоимостью.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

К посещениям в связи с оказанием неотложной медицинской помощи относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории), а также оказание помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации:

при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;

при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

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

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, включает в том числе посещения на дому.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений

врача или специалиста со средним медицинским образованием, ведущего самостоятельный прием, одной специальности (профиля) по поводу одного заболевания (средняя кратность 2,9 посещения), когда цель обращения достигнута.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, 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.

В центрах амбулаторной онкологической помощи и консультативных поликлиниках прием врача-онколога и проведение КТ (МРТ) в один день одному застрахованному лицу предъявляются на оплату как две самостоятельные услуги и пересечением не считаются.

Повторное посещение в один день врача или специалиста со средним медицинским образованием, ведущего самостоятельный прием, одной специальности (профиля) в одной МО предъявляется к оплате как одно посещение.

Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения средним медицинским персоналом самостоятельного приема с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

МО ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром и др.), посещений с иными целями, неотложной медицинской помощи, а также обращений по поводу заболеваний.

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях предусматривают компенсацию расходов МО на весь комплекс мероприятий по диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов).

При проведении диагностических исследований и оказании стоматологических услуг допускается кратность оказания медицинской услуги в течение одного дня свыше единицы.

2.2.3. Оплата диагностических медицинских услуг производится в соответствии с кодами и тарифами, приведенными в Приложении №15.

Стоимость лабораторных, диагностических медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и гистологических исследований с целью выявления

онкологических заболеваний, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов).

Межучрежденческие расчеты осуществляются СМО.

МО-исполнителем составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное исследование с указанием информации о МО-заказчике. СМО осуществляют оплату услуг МО-исполнителю на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО-заказчика уменьшается на объем средств, перечисленных централизованной лаборатории/МО-исполнителю за выполнение исследований по направлениям, выданным данной МО.

2.2.4. Оплата стоматологической помощи при обращении по заболеванию производится за фактически выполненный объем, определяемый в условных единицах трудоемкости (УЕТ) по категориям: «взрослые», «дети». При этом оказание стоматологической помощи должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. Рекомендованный классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной медицинской помощи, выраженной в УЕТ, представлен в Приложении №19.

Средняя кратность УЕТ в одном посещении составляет 4,2. Число УЕТ в одном посещении с профилактической целью – 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) – 9,4.

Тариф 1 УЕТ по стоматологии – 142,82 руб.

Стоимость посещения (обращения) по стоматологии определяется путем произведения стоимости 1 УЕТ на количество УЕТ, составляющих каждое посещение (обращение).

К посещениям с профилактической целью при оказании медицинской помощи в стоматологии относятся посещения:

при организации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации населения;

в планово-профилактическом порядке в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, обследование пациентов по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций на стоматологическом приеме;

при комплексном первичном обследовании ребенка.

2.2.5. Финансирование ФАПов и ФП осуществляется в соответствии с размером финансового обеспечения, установленного Программой для ФАПов и ФП, при условии их соответствия требованиям положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Минздравом России.

Размер финансового обеспечения по типам ФАПов и ФП, а так же перечень ФАПов и ФП для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с обслуживаемым населением предусмотрен в приложениях №29, 30.

2.3. Оплата медицинской помощи по ОМС, оказанной в стационарных условиях

2.3.1 Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в Приложении №1.1.

2.3.2. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, осуществляется:

- по тарифам за законченный случай лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний (КСГ);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

2.3.3. При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам специализированной (включая высокотехнологичной) медицинской помощи в полном объеме в соответствии со стандартами, клиническими рекомендациями и протоколами лечения, и на условиях, определенных Территориальной программой (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных лабораторно-диагностических исследований, отсутствие допустимых санитарно-эпидемиологических условий и (или) иных условий для проведения лабораторных исследований и др.) МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО с учетом маршрутизации, установленной Министерством здравоохранения Республики Дагестан.

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается. Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

2.3.4. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее:

| № КСГ | Наименование КСГ |
|--------------------------|---|
| Круглосуточный стационар | |
| st02.001 | Осложнения, связанные с беременностью |
| st02.002 | Беременность, закончившаяся абортным исходом |
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st03.002 | Ангioneвротический отек, анафилактический шок |
| st05.006 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые* |
| st05.007 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые* |
| st05.008 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе* |
| st05.009 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы* |
| st05.010 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети* |
| st05.011 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети* |
| st12.010 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые |
| st12.011 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)* |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)* |
| st16.005 | Сотрясение головного мозга |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)* |
| st19.028 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)* |
| st19.029 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)* |
| st19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)* |
| st19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)* |
| st19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)* |
| st19.033 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)* |
| st19.034 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)* |
| st19.035 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)* |
| st19.036 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)* |
| st19.056 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)* |
| st19.057 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)* |
| st19.058 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)* |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5) |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани и другие болезни кожи |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина* |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов* |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 85% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st02.003 | Родоразрешение |
| st02.004 | Кесарево сечение |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st02.013 | Операции на женских половых органах (уровень 4) |
| st09.001 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1) |
| st09.002 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2) |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3) |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4) |
| st09.005 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1) |
| st09.006 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| st09.007 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3) |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4) |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5) |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6) |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1) |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2) |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети (уровень 1) |
| st10.004 | Аппендэктомия, дети (уровень 2) |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1) |
| st10.006 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 2) |
| st10.007 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 3) |
| st13.002 | Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2) |
| st13.003 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2) |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| st14.003 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3) |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2) |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3) |
| st16.007 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1) |
| st16.008 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2) |
| st16.009 | Операции на периферической нервной системе (уровень 1) |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2) |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3) |
| st18.002 | Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа |
| st19.001 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.002 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| | (уровень 2) |
| st19.003 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3) |
| st19.004 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1) |
| st19.005 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.006 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1) |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2) |
| st19.008 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3) |
| st19.009 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| st19.010 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| st19.011 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3) |
| st19.012 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1) |
| st19.013 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2) |
| st19.014 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1) |
| st19.015 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2) |
| st19.016 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1) |
| st19.017 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2) |
| st19.018 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1) |
| st19.019 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2) |
| st19.020 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3) |
| st19.021 | Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости |
| st19.022 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях |
| st19.023 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| | новообразованиях (уровень 1) |
| st19.024 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2) |
| st19.025 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1) |
| st19.026 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2) |
| st19.038 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| st20.007 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3) |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5) |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6) |
| st24.004 | Ревматические болезни сердца (уровень 2) |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| st25.005 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1) |
| st25.006 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2) |
| st25.007 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3) |
| st25.008 | Операции на сосудах (уровень 1) |
| st25.009 | Операции на сосудах (уровень 2) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| st25.010 | Операции на сосудах (уровень 3) |
| st25.011 | Операции на сосудах (уровень 4) |
| st25.012 | Операции на сосудах (уровень 5) |
| st27.007 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2) |
| st27.009 | Другие болезни сердца (уровень 2) |
| st28.002 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1) |
| st28.003 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2) |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3) |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4) |
| st29.008 | Эндопротезирование суставов |
| st29.009 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| st29.010 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| st29.011 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3) |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4) |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| st30.007 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2) |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3) |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4) |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| st30.013 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4) |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5) |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6) |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.003 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st31.004 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3) |
| st31.005 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4) |
| st31.006 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1) |
| st31.007 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2) |
| st31.008 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3) |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1) |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2) |
| st31.015 | Остеомиелит (уровень 3) |
| st31.019 | Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований) |
| st32.001 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1) |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2) |
| st32.003 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3) |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4) |
| st32.005 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1) |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2) |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение |
| st32.008 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1) |
| st32.009 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2) |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3) |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st32.017 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) |
| st32.018 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3) |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| st34.003 | Операции на органах полости рта (уровень 2) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| st34.004 | Операции на органах полости рта (уровень 3) |
| st34.005 | Операции на органах полости рта (уровень 4) |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация |

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

В случае, если фактическое количество дней введения лекарственных препаратов, в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией

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

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

2.3.5. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной МО в другую, оба случая лечения подлежат 100%-ной оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной МО по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой

порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности или в отделение сестринского ухода в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

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

Если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

При этом оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только МО, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st 02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st 02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.3.6. При оказании медицинской помощи в приемном покое стационара, а так же при досуточной госпитализации применяется тариф на неотложную помощь в стационаре (Приложение №7). Указанный тариф применяется при оказании медицинской помощи в приемном отделении без последующей госпитализации, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь. Причины отказа от госпитализации и факт оказания неотложной медицинской помощи должны быть подтверждены

записями о результатах оказанной медицинской помощи в соответствующих журналах.

2.3.7. В рамках Территориальной программы осуществляется медицинская реабилитация, оказываемая как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Оплата медицинской реабилитации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется по стоимости КСГ, медицинская реабилитация в амбулаторных условиях оплачивается по тарифу за законченный случай лечения (Приложения №16 и 17).

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.018 в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001-st37.013 и к КСГ ds37.001-ds37.008 также применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ):

| Код | Расшифровка классификационного критерия |
|-----|---|
| rb2 | 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |
| rb3 | 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |
| rb4 | 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |
| rb5 | 5 балла по шкале реабилитационной маршрутизации |

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), разработанная Союзом реабилитологов России, применима как для взрослых, так и детей. Градация оценки по ШРМ представлена ниже:

| Градация оценки ШРМ | Описание статуса | | |
|---------------------|---|---|--|
| | При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы | При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата | При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях |
| 0 | Нет симптомов | | |
| 1 | Отсутствие значимых нарушений жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания | | |
| | а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни | а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни. | а) может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни; б) тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни; в) может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки. |
| 2 | Легкое ограничение жизнедеятельности | | |
| | а) не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справиться со своими делами без посторонней помощи; б) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); в) не нуждается в наблюдении; г) может проживать один дома от недели и более без помощи. | а) не способен выполнять ту активность, которая была до заболевания (управление транспортным средством, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справиться со своими делами без посторонней помощи; б) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается). | а) может справиться со своими делами без посторонней помощи; б) обычная физическая нагрузка не вызывает выраженного утомления, слабости, одышки или сердцебиения. Стенокардия развивается при значительном, ускоренном или особо длительном напряжении (усилии). Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) >425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозергметрия или спироэргметрия) $\geq 125 \text{ Вт} / \geq 7 \text{ МЕ}$; в) может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается); г) не нуждается в наблюдении; д) может проживать один дома от недели и более без помощи. |
| 3 | Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности | | |
| | а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; | а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи или с помощью тро- | а) может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; |

| Градация оценки ШРМ | Описание статуса | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы | При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата | При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях |
| | <p>б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет другие виды повседневной активности;</p> <p>в) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие;</p> <p>г) нуждается в помощниках при ведении финансовых дел;</p> <p>д) может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.</p> | <p>сти;</p> <p>б) незначительное ограничение возможностей самообслуживания, самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности;</p> <p>в) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие;</p> <p>г) умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1-3 балла по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)).</p> | <p>б) в покое какие-либо патологические симптомы отсутствуют, обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку, стенокардия развивается при ходьбе на расстояние > 500 м по ровной местности, при подъеме на > 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. ТШМ = 301-425 м. Тесты с физической нагрузкой (велозергметрия /спироэргметрия) = 75-100 Вт /4-6,9 МЕ;</p> <p>в) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности;</p> <p>г) нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками;</p> <p>д) может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели.</p> |
| 4 | Выраженное ограничение жизнедеятельности | | |
| | <p>а) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> <p>б) нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.;</p> <p>в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>г) может проживать один дома без помощи до 1 суток.</p> | <p>а) умеренно выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в дополнительном средстве опоры – костыли;</p> <p>б) умеренное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет;</p> <p>в) выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4-7 баллов по ВАШ)</p> | <p>а) стенокардия возникает при ходьбе от 100 до 500 м по ровной местности, при подъеме на 1 пролет обычных ступенек, в нормальном темпе, при обычных условиях. ТШМ = 150-300 м, тесты с физической нагрузкой (велозергметрия /спироэргметрия) = 25-50 Вт /2-3,9 МЕ;</p> <p>б) самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности;</p> <p>в) в обычной жизни нуждается в ухаживающем;</p> <p>г) может проживать один дома без помощи до 1 суток.</p> |
| 5 | Грубое нарушение процессов жизнедеятельности | | |
| | <p>а) пациент прикован к постели;</p> <p>б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи;</p> | <p>а) выраженное ограничение возможностей передвижения, нуждается в дополнительных средствах опоры – ходунки или самостоятельно передвигается</p> | <p>а) больной комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в</p> |

| Градации оценки ШРМ | Описание статуса | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | При заболеваниях и (или) состояниях центральной нервной системы | При заболеваниях и (или) состояниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата | При соматических (кардиологических) заболеваниях и (или) состояниях |
| | в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью); д) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи. | в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице; б) выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет; в) выраженный болевой синдром в покое (8-10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении. | сердце. ТШМ < 150 м; б) не может передвигаться самостоятельно без посторонней помощи; в) нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др.; г) не может быть оставлен один дома без посторонней помощи. |
| 6 | Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести | | |
| | а) хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения; б) нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетрапарезия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении. | | |

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке 4-6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации

Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» (КСГ st37.015 и ds37.010) осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

Медицинская помощь в условиях круглосуточного, дневного стационара, а также по профилю «Медицинская реабилитация» - в амбулаторно-поликлинических условиях детям подросткового возраста от 10 до 17 лет включительно может быть оказана как в детских МО, так и в МО общей сети.

2.3.8 Оплата случаев лечения соматических заболеваний, осложненных старческой астенией.

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

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

2.3.9. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, с финансовым обеспечением за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется по тарифам за законченный случай лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи страхования в рамках Раздела I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 года №1610 (Приложение №27).

В случае если коды МКБ-10, модель пациента, вид лечения и метод лечения отличаются от установленных в указанном перечне, случай лечения оплачивается в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, определенной по коду выполненного метода лечения.

При проведении комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентам, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях оказания ВМП, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ.

После оказания в МО высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же МО в рамках специализированной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ.

Ежемесячно МО, оказывающие ВМП, в установленные сроки формируют отдельный счет на оплату оказанной ВМП за отчетный месяц с выставлением персонифицированных электронных реестров счетов.

СМО ежемесячно производят оплату ВМП в пределах объемов, утвержденных Комиссией с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания предоставления медицинской помощи.

При перечислении средств в МО в платежном поручении отдельной строкой отражают стоимость ВМП в составе основного платежа (аванс и окончательный расчет) и перечисляют единым платежным поручением.

Все случаи оказания ВМП подвергаются медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

2.3.10. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

2.3.11. Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (9 фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

2.3.12 За законченный случай принимается госпитализация для осуществления одному больному определенного числа дней введения лекарственных препаратов, указанному в столбце «Количество дней введения в тарифе» листа «Схемы лекарственной терапии».

Количество дней введения не равно числу введений, так как в один день больной может получать несколько лекарственных препаратов. Также количество дней введения не равно длительности госпитализации.

Оплата случая в рамках КСГ рассчитана исходя из определенного количества дней введения. При этом количество дней госпитализации может превышать количество дней введения с учетом периода наблюдения пациента до и после введения лекарственных препаратов. В случае включения в тариф 1 дня введения лекарственных препаратов из нескольких дней, составляющих цикл, предполагается, что между госпитализациями с целью введения лекарственных препаратов (в том числе в рамках одного цикла) пациенту не показано пребывание в условиях круглосуточного и дневного стационара.

В случае применения многокомпонентной схемы, в которой в первое введение вводится несколько препаратов, а в последующие введения вводится один препарат, стоимость КСГ рассчитана по принципу усреднения затрат и распределена равномерно между введениями в рамках цикла.

В стоимости случаев лекарственной терапии учтены при необходимости в том числе нагрузочные дозы (начальная доза больше поддерживающей) в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.).

Отнесение случаев лекарственного лечения с применением схем, не включенных в справочник в качестве классификационного критерия, производится по кодам sh903 или sh904 по следующему правилу:

| | |
|-------|---|
| sh903 | Прочие схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях: C00, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C15, C16, C18, C19, C20, C21, C22, C22.0, C22.1, C23, C24, C25, C30, C31, C32, C33, C34, C37, C38, C40, C41, C43, C44, C45, C45.0, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C56, C57, C58, C60, C61, C62, C64, C65, C66, C67, C70, C71, C72, C73, C74.0, D00-D07, D09.1, D09.3-D09.9 |
| sh904 | Прочие схемы лекарственной терапии при иных злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей): C01, C02, C03, C04, C05, C06, C14, C17, C22.2-C22.9, C26, C39, C45.1-C45.9, C46, C47, C55, C63, C68, C69, C74.1-C74.9, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C97, D09.2 |

В случаях применения sh903 и sh904 обязательно проведение экспертизы качества медицинской помощи

2.4. Оплата медицинской помощи по ОМС, оказанной в условиях дневного стационара

2.4.1. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в Приложении №1.2.

2.4.2. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется:

– по тарифам за законченный случай лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний (КСГ) (Приложение №17);

– за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую МО, преждевременной выписке пациента из МО при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара в полном объеме в соответствии со стандартами, клиническими рекомендациями и протоколами лечения, и на условиях, определенных Территориальной программой (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных

лабораторно-диагностических исследований, отсутствие допустимых санитарно-эпидемиологических условий и (или) иных условий для проведения лабораторных исследований и др.) МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО с учетом маршрутизации, установленной Министерством здравоохранения Республики Дагестан.

МО- исполнителем составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждое выполненное исследование с указанием информации о МО-заказчике. СМО осуществляют оплату услуг МО-исполнителю на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для МО-заказчика уменьшается на объем средств, перечисленных централизованной лаборатории/МО-исполнителю за выполнение исследований по направлениям, выданным данной МО.

2.4.3. Проведение экстракорпорального оплодотворения застрахованным лицам проводится в условиях дневного стационара в рамках специализированной помощи и оплачивается по персонифицированным реестрам счетов по соответствующей КСГ.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а так же возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов установлены поправочные коэффициенты КСЛП к случаям проведения ЭКО. Перечень случаев и значения коэффициентов представлен в Приложении №26.

2.4.4. Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

2.4.5. При оплате услуг дневных стационаров день поступления и день выписки считаются двумя днями (за исключением случаев пребывания больных в дневных стационарах в течение одного календарного дня). Стоимость законченного случая лечения учитывает оказание медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи при преждевременной выписке пациента из МО, при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при переводе пациента в другую МО, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также в случаях оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет 3 дня и менее (без учета исхода госпитализации), осуществляется следующим образом.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критери-

ем отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 70% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| ds02.003 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| ds02.004 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| ds09.001 | Операции на мужских половых органах, дети |
| ds09.002 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети |
| ds10.001 | Операции по поводу грыж, дети |
| ds13.002 | Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов |
| ds14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| ds14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| ds16.002 | Операции на периферической нервной системе |
| ds18.003 | Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа |
| ds19.016 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| ds19.017 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| ds20.004 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3) |
| ds20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения |
| ds25.002 | Операции на сосудах (уровень 1) |
| ds25.003 | Операции на сосудах (уровень 2) |
| ds28.001 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения |
| ds29.001 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| ds29.002 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| ds29.003 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3) |
| ds30.002 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|---|
| ds30.003 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2) |
| ds30.004 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| ds30.005 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| ds30.006 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| ds31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| ds31.003 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) |
| ds31.004 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3) |
| ds31.005 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы |
| ds31.006 | Операции на молочной железе |
| ds32.001 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1) |
| ds32.002 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2) |
| ds32.003 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| ds32.004 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| ds32.005 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| ds32.006 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях |
| ds32.007 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| ds32.008 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds34.003 | Операции на органах полости рта (уровень 2) |

Перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи, осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее представлен в таблице:

| № КСГ | Наименование КСГ |
|--------------------------|---|
| Дневной стационар | |
| ds02.001 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| ds02.006 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| ds02.007 | Аборт медикаментозный |
| ds05.003 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые* |
| ds05.004 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые* |
| ds05.005 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе* |
| ds05.006 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы* |
| ds05.007 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети* |
| ds15.002 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)* |

| | |
|----------|--|
| ds15.003 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)* |
| ds19.018 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)* |
| ds19.019 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)* |
| ds19.020 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)* |
| ds19.021 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)* |
| ds19.022 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)* |
| ds19.023 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)* |
| ds19.024 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)* |
| ds19.025 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)* |
| ds19.026 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)* |
| ds19.027 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)* |
| ds19.030 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)* |
| ds19.031 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)* |
| ds19.032 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)* |
| ds19.028 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| ds19.029 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ |
| ds19.033 | Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |

| | |
|----------|---|
| ds20.006 | Замена речевого процессора |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина* |
| ds36.004 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов* |

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения

2.4.6. Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется в соответствии с режимом терапии – с применением пегилированных интерферонов или препаратов прямого противовирусного действия. Учитывая, что в настоящее время для лекарственной терапии применяются в том числе пангенотипные лекарственные препараты, при назначении которых не учитывается генотип вируса гепатита С, отнесение случая лечения к КСГ на основании генотипа нецелесообразно.

Отнесение к КСГ случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С осуществляется только по сочетанию кода диагноза по МКБ 10 и иного классификационного критерия «if» или «nif», отражающего применение лекарственных препаратов для противовирусной терапии. Детальное описание группировки указанных КСГ представлено в таблице.

| КСГ | Код диагноза МКБ 10 | Иной классификационный критерий | Описание классификационного критерия |
|--|---------------------|---------------------------------|---|
| ds12.010 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 1)» | B18.2 | if | Назначение лекарственных препаратов пегилированных интерферонов для лечения хронического вирусного гепатита С |
| ds12.011 «Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2)» | B18.2 | nif | Назначение лекарственных препаратов прямого противовирусного действия для лечения хронического вирусного гепатита С в том числе в сочетании с пегилированными интерферонами |

В целях кодирования случая лечения указание иного классификационного критерия «if» необходимо при проведении лекарственной терапии с применением препаратов пегилированных интерферонов за исключением препаратов прямого противовирусного действия. В то же время, к случаям лечения требующим указания критерия «nif» относится применение любой схемы лекарственной терапии, содержащей препараты прямого противовирусного действия в соответствии с анатомо-терапевтическо-химической классификацией (АТХ), в том числе применение комбинации лекарственных препаратов прямого противовирусного действия и пегилированных интерферонов.

Коэффициент относительной затратоемкости для указанных КСГ приведен *в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии*. При этом длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

По каждому случаю лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С проводится медико-экономическая экспертиза, и при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

2.4.7. При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках дневного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной МО в другую, оба случая лечения подлежат 100%-ной оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При переводе из круглосуточного стационара в дневной при круглосуточном стационаре, в дневной стационар при поликлинике для долечивания и реабилитации, оплата производится отдельно по каждому условию оказания медицинской помощи с учетом длительности пребывания в каждом из них (при наличии прерванных случаев).

2.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.5.1. Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне МО, представлен в Приложении №21.

2.5.2. Оплата оказания скорой медицинской помощи вне МО (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.5.3. Оплата скорой медицинской помощи догоспитального этапа по подушевому нормативу финансирования используется при оплате скорой медицинской помощи вне МО, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, МО в соответствии с Перечнем МО, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне

МО устанавливает месячный объем финансовых средств для оплаты оказанной медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо с дифференциацией по полу и возрасту и интегрированного коэффициента дифференциации.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи численность застрахованных лиц распределяется на половозрастные группы, при этом для каждой половозрастной группы рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации.

2.5.4. Оплата скорой медицинской помощи догоспитального этапа за вызов осуществляется по тарифу скорой медицинской помощи (Приложение №18) при оплате скорой медицинской помощи вне МО, оказанной лицам, застрахованным за пределами Республики Дагестан на территории других субъектов Российской Федерации, а также при оплате вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная не идентифицированным (в том числе неопознанным) или незастрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально-значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями.

МО ежемесячно при формировании счетов реестров за оказанную медицинскую помощь представляет на оплату в СМО вместе с основным реестром счетов отдельный счет на оплату скорой медицинской помощи с указанием данных:

- по подушевому нормативу финансирования,
- за фактически оказанные случаи проведения тромболитической терапии, по установленным тарифам.

СМО на основании протокола Комиссии в платежном поручении на перечисление средств отражают стоимость скорой медицинской помощи по подушевому нормативу в составе основного платежа (аванс или окончательный расчет) и перечисляют в МО единым платежным поручением.

2.5.5. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.6. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

Проведение диализной помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2002г. № 254 «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению Российской Федерации» и совместным приказом Министерства здравоохранения Республики Дагестан от 26.12.2016г. №1542-л и ТФОМС РД от 26.12.2016г. №317-о «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при организации оказания медицинской помощи методами диализа пациентам с хронической почечной недостаточностью, застрахованным на территории Республики Дагестан».

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре. При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного (в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 г. № 750 приказ № 1030 от 04.10.1980 г. утратил силу, однако, в письме Минздравсоцразвития России от 30.11.2009 г. №14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом № 1030) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной истории болезни), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения полном объеме услуг диализа, проводимого лечения в полном объеме, направленного на профилактику осложнений, помимо процедур диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи целесообразно учитывать лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем

13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной амбулаторной карты), несмотря на количество законченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). При проведении экспертизы качества медицинской помощи необходимо оценивать обязательность проведения в полном объеме услуг диализа. Качество медицинской помощи оценивается на основе порядка оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

Проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно может осуществляться за счет бюджетных ассигнований бюджета Республики Дагестан.

В случаях оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара пациентам, нуждающимся в проведении гемодиализа, пересечение сроков оказания стационарной медицинской помощи и медицинской помощи методом диализа, оказанных в различных МО, не является основанием для отказа в оплате стоимости обоих случаев.

По каждому случаю лечения с применением диализа проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Перечень тарифов на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении №11.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы формируются с учетом нормативов объемов медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения и включают виды затрат (расходов), компенсируемых средствами ОМС согласно Территориальной программе на соответствующий финансовый год (включенных в структуру тарифа).

Тарифы рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами обязательного медицинского страхования,

утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. №158н, а также Методическими рекомендациями:

на одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, в том числе по неотложной медицинской помощи;

на одно обращение;

на один вызов скорой медицинской помощи;

на медицинскую услугу по видам медицинских услуг;

на случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара, в том числе и медицинской реабилитации, включенный в КСГ;

по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи - в соответствии с перечнем видов ВМП (содержащего в том числе методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Территориальной программы за счет субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью с учетом возраста пациента, уровня оказания медицинской помощи и ее затратоемкости.

Тарифы устанавливаются Тарифным соглашением на основе дифференцированных базовых тарифов, рассчитанных в соответствии с Территориальной программой с применением коэффициентов дифференциации.

В рамках реализации Территориальной программы устанавливается годовой дифференцированный подушевой норматив для финансирования МО, оказывающих скорую медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования в соответствии с Перечнем МО, участвующими в подушевом финансировании скорой медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС, и включает в себя расходы по оказанию скорой медицинской помощи застрахованному населению Республики Дагестан.

3.2. Для расчета тарифа обращения в связи с заболеванием применяется коэффициент относительной стоимости обращения (КфОС), рассчитываемый как произведение поправочных коэффициентов кратности посещений в обращении и относительных коэффициентов стоимости посещения различных специалистов, а также включенных в его стоимость медицинских услуг, на основании данных медицинской статистики и персонифицированного учета сведения об оказанной по ОМС медицинской помощи с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Расчет тарифа обращения в связи проведением диспансеризации или профилактического медицинского осмотра отдельных категорий граждан производится согласно определенному Министерством здравоохранения Российской Федерации перечню осмотров и исследований, выполняемых при их проведении (стандарту законченного случая диспансеризации или осмотра) (Приложения №2-6).

Для расчета тарифа КСГ применяется коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, рассчитываемый как отношение затратоемкости

отдельной группы заболеваний к базовой ставке финансового обеспечения медицинской помощи (средней стоимости одного случая лечения заболевания), установленной Тарифным соглашением, с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФФОМС.

Для дифференциации базовых тарифов на территории РД применяются следующие коэффициенты дифференциации:

коэффициент относительной затратоемкости (КфЗТ);

коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУСмо);

коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП).

3.3. Структура тарифов установлена ч.7 ст. 35 Закона №326-ФЗ и Территориальной программой.

В состав тарифов по оплате на оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы в Республике Дагестан включаются следующие статьи и подстатьи расходов МО в соответствии с действующей Классификацией операций сектора государственного управления расходов бюджетов Российской Федерации (далее КОСГУ):

Статья 210 «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»:

подстатья 211 «Заработная плата»;

подстатья 212 «Прочие выплаты»;

подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда».

Статья 220 «Оплата работ, услуг»:

подстатья 221 «Услуги связи»;

подстатья 222 «Транспортные услуги»;

подстатья 223 «Коммунальные услуги»;

подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом»;

подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» (за исключением расходов на капитальный ремонт и других работ, услуг, связанных с проведением капитального ремонта);

подстатья 226 «Прочие работы, услуги», в том числе оплата программного обеспечения (кроме расходов на проектно-сметную документацию для проведения капитального ремонта);

Статья 260 «Социальное обеспечение»;

Статья 290 «Прочие расходы»;

Статья 310 «Увеличение стоимости основных средств» (приобретение оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до ста тысяч рублей за единицу);

Статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов»:

340.1 «Медикаменты и перевязочные средства» (расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, сроком службы не более 12 месяцев, реактивов и химикатов);

340.2 «Продукты питания» (расходы на приобретение продуктов питания);

340.3 «Иные расходы, связанные с увеличением стоимости материальных запасов» (расходы на мягкий инвентарь и прочие материальные запасы).

3.4. Расчетная величина расходов на оплату труда в МО определяется в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и постановлением Правительства Республики Дагестан от 08.10.2009г. № 346 «Об

утверждении Положения об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Республики Дагестан» (в последующих редакциях), постановлением Правительства Республики Дагестан от 18.08.2009 г. № 264 «Об утверждении размеров окладов (должностных окладов), ставок заработной платы в государственных учреждениях Республики Дагестан по общеотраслевым должностям руководителей, специалистов и служащих, общеотраслевым профессиям рабочих» (в последующих редакциях), постановлением Правительства Республики Дагестан от 29.11.2017 г. № 274 «О повышении заработной платы работников государственных учреждений Республики Дагестан», письмом ФФОМС от 15.12.2017г. № 14749/21-2/и «О выполнении Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 с 1 января 2018 года».

3.5. При расчете величины компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда учитывается потребность в финансовом обеспечении выплаты заработной платы персоналу, непосредственно участвующему в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), подлежащей оплате за счет средств ОМС, в том числе вспомогательному медицинскому персоналу, согласно порядкам оказания медицинской помощи, нормативным показателям использования коечного фонда, нормам нагрузки на одну врачебную должность, нормам времени и т.д., исходя из объемов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией.

3.5.1. Расходы на оплату труда административно-управленческого, административно-хозяйственного и иного персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности МО (далее - общеучрежденческий персонал), включаются в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда, пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в МО услуг.

3.5.2. Расходы на оплату труда медицинского персонала, не участвующего в оказании медицинской помощи по ОМС, и общеучрежденческого персонала, не участвующего в обеспечении оказания медицинской помощи по ОМС, либо в части превышающей долю обусловленных оказанием медицинской помощи по ОМС расходов по оплате труда общеучрежденческого персонала, а также выплаты персоналу, не обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС, средствами ОМС не компенсируются и в состав расходов на оплату труда не включаются.

3.5.3. В состав компенсируемых средствами ОМС расходов на заработную плату включаются:

выплаты по должностным окладам (тарифным ставкам);

повышение должностного оклада по занимаемой должности, устанавливаемое работникам в зависимости от отнесения к квалификационному уровню;

надбавки к должностному окладу в соответствии с действующей в МО системой оплаты труда;

выплаты компенсационного характера, обусловленные оказанием медицинской помощи по ОМС;

выплаты стимулирующего характера, обусловленные достижением работником показателей и критериев эффективности при оказании медицинской помощи по ОМС, с учетом показателей эффективности деятельности МО, в том числе премии (за качество выполняемых работ, выплаты по итогам работы, за выполнение особо важных и ответственных (срочных) работ, премирование руководителей).

3.5.4. Кроме того, в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда включаются расходы по осуществлению не относящихся к заработной плате дополнительных выплат и компенсаций работникам, обусловленных условиями трудовых отношений, статусом работников в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее - прочие выплаты), в том числе:

суточные при служебных командировках;

ежемесячные компенсационные выплаты находящимся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, назначаемые и выплачиваемые в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 03.11.1994 г. №1206;

компенсационные выплаты в размере, эквивалентном стоимости молока или других равноценных пищевых продуктов, работникам МО, занятым на работах с вредными условиями труда, аттестованных в установленном порядке.

3.5.5. Расходы на оплату труда работников федеральных МО, участвующих в оказании медицинской помощи по ОМС, осуществляются в соответствии с нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, в ведомственном подчинении которых находятся соответствующие учреждения.

3.5.6. Расходы по начислениям на оплату труда учитываются при расчете величины расходов на оплату труда в установленном законодательством Российской Федерации размере, в процентах к фонду оплаты труда по следующим видам начислений:

страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации на обязательное пенсионное страхование;

страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством;

страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (по ставке 0,2%);

страховые взносы на обязательное медицинское страхование.

3.5.7. Экономия финансовых средств, предусмотренных для хозяйственных расходов, сложившаяся по результатам фактически произведенных МО затрат, может быть направлена на иные расходы, включенные в структуру тарифа.

3.6. Расчетная величина расходов на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи по ОМС (далее - расходы на приобретение лекарственных средств и медицинских изделий), включает в себя затраты МО по приобретению:

лекарственных препаратов и иных лекарственных средств, используемых для

оказания медицинской помощи по ОМС (в том числе питательных смесей для энтерального питания), медицинских изделий;

кровезаменителей;

реактивов и химикатов, стекла и химпосуды (в том числе тары лекарственных средств, изготавливаемых в МО для обеспечения собственного лечебного процесса);

медицинских инструментов со сроком полезного использования менее 12 месяцев (под медицинским инструментарием подразумевается продукция медицинского назначения, относимая Общероссийским классификатором продукции «ОК 005-93» к коду 943000 «Инструменты медицинские», за исключением кодов 943830 «Изделия корригирующие», 943950 «Инструменты для ветеринарии»);

средств для дезинфекции медицинского инструментария и оборудования, обработки кожных покровов;

перевязочных средств в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными приказом Министерства здравоохранения СССР от 28.08.1985 г. №1145;

медицинских изделий и других расходных материалов, включенных в стандарты медицинской помощи;

медицинских изделий и других расходных материалов разового использования при оказании медицинских услуг, в числе которых:

- 1) бумага со специальными чувствительными слоями;
- 2) бумага и картриджи, применяемые в медицинском оборудовании при оказании медицинских услуг;
- 3) гели и средства контактные для диагностики;
- 4) кислород для медицинских целей;
- 5) пленки и подгузники бумажные при оказании медицинской помощи детям, а также больным, находящимся в отделениях реанимации;
- 6) халаты, шапочки, бахилы медицинские и т.п.

3.7.1. За счет средств ОМС приобретаются лекарственные препараты для медицинского применения, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее - Перечень ЖНиВЛП), а также медицинские изделия в том числе имплантируемые в организм человека при оказании медицинской помощи, предусмотренные стандартами медицинской помощи.

3.6.2. Расходы на приобретение лекарственных препаратов, не включенных в Перечень ЖНиВЛП, производятся при оказании медицинских услуг пациентам в соответствии с решением врачебной комиссии МО, оформленным соответствующим протоколом, а при экстренных и неотложных состояниях - в соответствии с решением заместителя главного врача по лечебной работе, ответственного дежурного врача или другого уполномоченного лица, зафиксированным в медицинской документации.

3.6.3. Расходы, осуществляемые МО за счет средств ОМС, не включают в себя средства на приобретение:

лекарственных средств для обеспечения необходимыми лекарственными

средствами отдельных категорий граждан при амбулаторном лечении;
оптических стекол и оправ;
вакцин, используемых при проведении профилактических прививок в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;
донорской крови и ее компонентов;
материалов для зубопротезирования;
лекарственных средств для научных исследований, клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий;

иных расходов, для которых предусмотрены иные источники финансового обеспечения.

3.6.4. Расходы по приобретению:

прочих материальных запасов, не потребляемых полностью в процессе оказания медицинской помощи по ОМС;

дезинфекционных средств на хозяйственные нужды, а также для проведения санитарно-эпидемиологических и дезинфекционно-стерилизационных мероприятий осуществляются за счет средств, предусмотренных в структуре тарифа для компенсации хозяйственных расходов МО.

3.7. Расходы на приобретение мягкого инвентаря для пациентов и медицинского персонала МО осуществляется в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды (с учетом приказа Министерства здравоохранения СССР от 15.09.1988 г. №710 «Об утверждении таблиц оснащения мягким инвентарем больниц, диспансеров, родильных домов, медико-санитарных частей, поликлиник, амбулаторий»).

3.8. Расходы на приобретение продуктов питания для обеспечения питанием пациентов при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе специализированных продуктов детского питания (молочных смесей) детям первых двух лет жизни, находящимся на прикорме и искусственном вскармливании, специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых технологической обработке (белковых композитных сухих смесей), а также для обеспечения выдачи молока работникам МО, занятым на работах с вредными условиями труда, аттестованных в установленном порядке;

3.9. Расходы по организации питания пациентов при отсутствии организованного питания в МО, помимо финансового обеспечения, предусмотренного в структуре тарифа для компенсации расходов на приобретение продуктов питания, компенсируются в составе расходов на оплату труда и хозяйственных расходов.

3.10. В состав компенсируемых за счет средств ОМС затрат на оказание медицинской помощи кроме того, включаются необходимые для обеспечения деятельности МО следующие хозяйственные расходы:

расходы по оплате услуг связи, транспортных и коммунальных услуг;

расходы по оплате работ, услуг, связанных с содержанием имущества за исключением капитального ремонта объектов капитального строительства и реставрации нефинансовых активов;

прочие расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг;

расходы на арендную плату за пользование имуществом;
расходы по оплате программного обеспечения и прочих услуг;
социальное обеспечение работников МО, установленное законодательством Российской Федерации;

прочие расходы, в том числе расходы по уплате налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, различного рода платежей в бюджеты всех уровней;

расходы по увеличению стоимости материальных запасов, необходимых для обеспечения деятельности МО, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи;

расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

3.10.1. Расходы по оплате финансовой аренды (лизинга) объектов нефинансовых активов в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды, имущественного найма, проката) относятся на подстатью 224 «Арендная плата за пользование имуществом» статьи 220 «Оплата работ, услуг» раздела V Классификации операций сектора государственного управления, утвержденной приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.07.2013 г. № 65н «Об утверждении указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации», и подлежат оплате за счет средств ОМС без ограничения размера платежа.

В случае если договором аренды предусмотрен выкуп предмета лизинга учреждением-лизингополучателем по договору купли-продажи, то расходы по приобретению предмета лизинга должны быть отнесены на статью 310 «Увеличение стоимости основных средств» КОСГУ и подлежат оплате за счет средств ОМС только в случае, если выкупная стоимость не превышает ста тысяч рублей.

Расходы по уплате ежемесячных взносов на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирном доме, находящегося во владении учреждений здравоохранения на праве оперативного управления, включаются в расчет тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС, в случае если указанные помещения эксплуатируются в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

В соответствии с письмом Министерства финансов Российской Федерации от 10.08.2015 г. № 02-07-07/46003, согласно приказу № 65н, расходы по перечислению взносов на капитальный ремонт следует отражать по подстатье 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» КОСГУ в увязке с кодом вида расходов 244 «Прочая закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд».

3.11. Расходы по оплате стоимости лабораторных, инструментальных исследований, иных медицинских услуг, производимых в других МО (при отсутствии в МО лаборатории и диагностического оборудования), компенсируются в пределах средств, перечисленных в МО, оказавшую вышеуказанные услуги, и включают в себя элементы структуры тарифа, установленные Тарифным соглашением, в том числе расходы на оплату труда,

расходы по приобретению лекарственных средств, расходных материалов и мягкого инвентаря.

Расходы МО, не предусмотренные Территориальной программой в структуре тарифа, осуществляются государственными учреждениями за счет средств соответствующих бюджетов, МО иных форм собственности - за счет «иных средств».

3.12. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема амбулаторной медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2020 год, составляет – 4 238,67 руб.

Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо с 01.01.2020г. составляет 1610,06 руб., (Приложение №13).

3.13. Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) с учетом коэффициента дифференциации ($KД = 1,006$)* на 2020 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 26 572,46 руб.

- в условиях дневного стационара – 15 205,62 руб.

**В случае, если коэффициент дифференциации является единым для всей территории субъекта Российской Федерации, то данный коэффициент учитывается в базовой ставке.»*

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Дагестан, в расчете на одного 1 застрахованное лицо на 2020 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 5 567,78 руб.;

- в условиях дневного стационара – 998,62 руб.

3.13.1. Расчет стоимости медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров производится на основе базовой ставки финансового обеспечения стационарной медицинской помощи (размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях) с учетом:

коэффициента относительной затратоемкости (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

коэффициента дифференциации;

поправочных коэффициентов:

- управленческого;
- уровня оказания стационарной медицинской помощи (в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи);
- сложности лечения пациента.

3.13.1.1 Управленческий коэффициент устанавливается для конкретной КСГ для регулирования уровня госпитализации или стимулирования МО к внедрению конкретных методов хирургического лечения).

3.13.1.2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУСмо) учитывает ресурсоемкость применяемой технологии лечения в зависимости от оснащенности МО, уровня квалификации персонала МО, типа МО и т.п. (Приложения №1.1 и №1.2)

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарах (Кус):

| Уровень оказания медицинской помощи | Коэффициент уровня оказания медицинской помощи |
|-------------------------------------|--|
| 1. | 0,95 |
| 2. | 1,1 |
| 3.1. | 1,3 |
| 3.2. | 1,4 |

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре (Кус):

| № КСГ | Наименование КСГ |
|----------|--|
| st04.001 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st06.003 | Легкие дерматозы |
| st15.008 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) |
| st15.009 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) |
| st16.003 | Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии |
| st20.010 | Замена речевого процессора |
| st27.001 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки |
| st27.003 | Болезни желчного пузыря |
| st27.005 | Гипертоническая болезнь в стадии обострения |
| st27.006 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1) |
| st27.010 | Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания |
| st30.004 | Болезни предстательной железы |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| st31.012 | Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей |
| st31.018 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 1) |
| st32.012 | Аппендэктомия, взрослые (уровень 2) |
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина |
| st36.003 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов |

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах равен 1.

3.13.1.3. Коэффициент сложности лечения пациентов - учитывает более высокий уровень затрат в отдельных случаях на оказание медицинской помощи в связи со сложностью лечения пациента.

Суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и диапазоны его значений представлены в Приложении №26.

3.13.1.4. Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в Приложении № 23 (для круглосуточного стационара) и в Приложении № 24 (для дневного стационара).

3.14. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо с 01.01.2020г. составляет 703,96 руб.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо в месяц с 01.01.2020г. составляет 699,87 руб. (Приложение №20).

Перечень тарифов скорой медицинской помощи, дифференцированной по вызовам, представлен в Приложении № 18.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи представлены в Приложении № 26.

3.15. Нормативы финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи включают в себя расходы на приобретение единицы основных средств без ограничения их стоимости.

3.16. В соответствии с частью 6 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, пунктами 121,122,139 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерством здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. №108н, оплата медицинской помощи в рамках Территориальной программы осуществляется на основании представленных МО счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи.

МО представляет в страховую медицинскую организацию счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов медицинской помощи, распределенных медицинской организации Комиссией.

3.16.1. В соответствии с пунктом 139 Правил ОМС и согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, объемы медицинской помощи, утвержденные решением Комиссии в целом на год, подлежат поквартальной разбивке, с последующей корректировкой при необходимости и с учетом условий, указанных в названном пункте.

Перераспределение объемов внутри МО между кварталами года (изменение поквартальной разбивки) допускается с условием отсутствия превышения годовых объемов.

Поквартальная разбивка объемов должна обеспечивать постоянную

возможность предоставления медицинской помощи по ОМС в течение года с учетом ее сезонности. Не допускается непропорциональная поквартальная разбивка, уменьшающая доступность медицинской помощи по программе ОМС в отдельные периоды года (за исключением случаев планируемого закрытия МО на ремонт и по другим причинам).

3.16.2. Согласно пункту 139 Правил ОМС в течение года предусматривается возможность обоснованной корректировки объемов.

В случае превышения объема медицинской помощи, утвержденного решением Комиссии на год, и при наличии условий, указанных в части 6 статьи 38 Закона № 326-ФЗ (в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту), МО вправе обратиться (с полным обоснованием и подтверждением факта превышения объема) в Комиссию с целью увеличения годового объема предоставления медицинской помощи. Рассмотренные Комиссией сверхплановые объемы медицинской помощи и признанные обоснованными, могут быть предъявлены к оплате дополнительными счетами в последующих месяцах.

Решения о корректировке объемных и стоимостных показателей, влекущие за собой изменение общей годовой суммы финансирования МО, возможны при наличии объективно обусловленных причин такой корректировки и являются прерогативой Комиссии. Предложения, содержащие обоснование необходимости корректировки, направляются руководителями МО в Комиссию.

При поступлении предложения МО об увеличении ранее установленных на текущий год объемных и стоимостных показателей, Министерство здравоохранения РД и ТФОМС РД организуют проверку обоснованности такого предложения, для чего могут затребовать дополнительную информацию, организовать комплексную тематическую (в том числе с участием СМО) медико-экономическую экспертизу объемов медицинской помощи. При подтверждении обоснованности предложения, оно выносится на рассмотрение Комиссии.

В случае положительного решения об увеличении объемов Комиссия рассматривает вопрос об источнике покрытия дополнительных затрат с учетом действующего законодательства об ОМС.

Решение Комиссии о корректировке распределения объемов доводится до участников ОМС и является основанием для внесения изменений в договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

3.16.3. С целью определения объемов медицинской помощи, соответствующих Территориальной программе, и объемов медицинской помощи, не подлежащих (согласно действующему законодательству и договорам) оплате за счет средств ОМС, в рамках установленных ФОМС процедур информационного обмена между участниками ОМС, в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Закона № 326-ФЗ, ТФОМС РД осуществляется контроль фактического выполнения объемов медицинской помощи МО.

3.16.3.1. Проверку соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, осуществляет ТФОМС РД в ходе первичной автоматизированной обработки реестров на этапе

форматно-логического контроля и определения страховой принадлежности застрахованных граждан.

Проверка соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, производится ежемесячно, нарастающим итогом с начала года.

3.16.3.2. Территориальный фонд проводит форматно-логический контроль реестров-счетов, оказанных застрахованным лицам. В случае наличия ошибок форматно-логический контроль формирует протокол с ошибками и направляет в МО, в случае соответствия по структуре и составу осуществляет контроль выполнения плановых объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке ТПОМС Республики Дагестан в целом по МО, определяет страховую принадлежность, и передаёт информацию в страховые медицинские организации.

Страховая медицинская организация проводит медико-экономический контроль стоимости медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан для СМО, и далее осуществляет контрольные мероприятия, утвержденные Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019г. №36«Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и отправляет результаты в Территориальный фонд ОМС и в медицинскую организацию, в установленном порядке.

Если в реестрах счетов прошедшего месяца, предъявленные к оплате объемы медицинской помощи нарастающим итогом превышают соответствующие плановые показатели, такие реестры признаются не прошедшими процедуру форматно-логического контроля и подлежат исправлению.

При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в МО в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в последующие месяцы размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

МО и СМО ежемесячно анализируют предъявленные к оплате объемы оказанной медицинской помощи и финансовых средств и за два месяца отчетного квартала оценивают риск превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенными МО и СМО на соответствующий квартал решением Комиссии.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организации решением Комиссии на квартал, МО до окончания отчетного квартала и формирования реестров счетов обяза-

на обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.

СМО в течение одного рабочего дня с даты принятия реестров счетов медицинской организации с учетом результатов медико-экономического контроля, при превышении объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных МО решением Комиссии на квартал, обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении медицинским организациям объемов медицинской помощи и финансовых средств.

Комиссией может быть принято решение об увеличении установленных медицинской организации объемов медицинской помощи по ОМС при наличии подтвержденного документами обоснования медицинской организацией превышения установленных объемов медицинской помощи по ОМС.

3.17. В части, не отраженной в настоящем разделе, порядок и условия применения тарифов, установленных Тарифным соглашением, разъясняют совместно Министерство здравоохранения РД и ТФОМС РД.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Республике Дагестан осуществляется в виде медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с приказами ФФОМС от 28.02.2019г. №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», Правилами обязательного медицинского страхования, приказом ФФОМС от 13.12.2011г. №230 «Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет».

4.1.1. В целях реализации п.149 Правил ОМС №108н от 28 февраля 2019 г. Для определения размера штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по видам и условиям ее оказания, применять следующие подушевые нормативы:

- РПа базовый – подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях – 1610,06 руб.;

- РПсмп базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - 699,87 руб.;

- РПст - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара – 12775,4 руб.

4.2. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры в соответствии с Приложением №22.

4.3. При проведении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным гражданам в отчетном месяце, счета медицинских организаций, предъявленные на оплату, сопоставляются с установленными месячными планами. При этом страховые медицинские организации анализируют выполнение плановых стоимостных показателей нарастающим итогом с начала года и при необходимости восстанавливают суммы, ранее отклоненные от оплаты. Учет результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи осуществляется после проведения анализа плановых объемов.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января по 31 декабря 2020 года.

5.2. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по ОМС и компенсируемых средствами ОМС расходов по предоставлению застрахованным лицам медицинской помощи по ОМС осуществляется в пределах финансовых средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС РД на соответствующий финансовый год.

Изменение тарифов возможно в случае изменения базовой ставки в течение года. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

Изменения в Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника возмещения затрат.

5.3. Расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, осуществляются между ТФОМС РД и территориальными фондами ОМС субъектов Российской Федерации в соответствии с порядком, предусмотренным ст.34 Закона № 326-ФЗ и пунктами 133-151 Правил обязательного медицинского страхования, из средств нормированного страхового запаса ТФОМС РД.

5.4. Тарифы на медицинскую помощь (медицинские услуги) подлежат индексации в случае принятия соответствующих законодательных актов федерального и/или регионального уровня и утверждаются решением Комиссии.

5.5. Тарифное соглашение может быть пересмотрено полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии. Инициаторы внесения изменений или дополнений в Тарифное соглашение не позднее, чем за 10 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление иным членам Комиссии. Рассмотрение предложений о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

5.6. Изменения и дополнения в Тарифное соглашение оформляются дополнительным соглашением уполномоченных представителей организаций,

представленных в составе Комиссии, и участвовавших в Тарифном соглашении или ратифицировавших Тарифное соглашение.

5.7. Тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр соглашения хранится в Министерстве здравоохранения РД, второй - в ТФОМС РД.

5.8. ТФОМС РД доводит Тарифное соглашение, а также изменения и дополнения к нему до сведения всех участников системы ОМС Республики Дагестан путем размещения на официальном сайте в сети «Интернет», а также на сайте Министерства здравоохранения РД.

5.9. Настоящее Тарифное соглашение действует до вступления в силу Тарифного соглашения в новой редакции.

5.10. В случае возникновения разногласий по применению Тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в Министерство здравоохранения РД и ТФОМС РД для разъяснений. Указанными разъяснениями участники ОМС руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий. При неурегулировании разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде РД.

5.11. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- Перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2020 году, по условиям оказания медицинской помощи (Приложение №1);

- Перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2020 году, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара в разрезе по уровням (Приложение №1.1);

- Перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2020 году, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение №1.2);

- Перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2020 году, оказывающих медицинскую помощь на основании межучрежденческих взаиморасчетов (Приложение №1.3);

- Коды тарифов и тарифы к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2);

- Коды тарифов и тарифы к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения с использованием мобильных бригад в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2-а);

- Коды тарифов и тарифы к порядку проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72-Н (Приложение №3);

- Коды тарифов и тарифы с использованием мобильных бригад к порядку проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72-Н (Приложение №3-а);

- Коды тарифов и тарифы к порядку проведения диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013г. № 216 Н (Приложение №4);

- Коды тарифов и тарифы с использованием мобильных бригад к порядку проведения диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013г. № 216 Н (Приложение №4-а);

- Коды тарифов и тарифы к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации» 13.03.2019г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение №5);

- Коды тарифов и тарифы с использованием мобильных бригад к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации» 13.03.2019г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение №5-а);

- Коды тарифов и тарифы к порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. (Приложение №6);

- Коды тарифов и тарифы с использованием мобильных бригад к порядку проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 514н от 10.08.2017 г. (Приложение №6-а);

- Коды тарифов и тарифы на оказание неотложной медицинской помощи (Приложение №7);

- Коды тарифов и тарифы на посещения с профилактическими и иными целями (Приложение №8);

- Коды тарифов и тарифы на обращения по заболеванию (Приложение №9);
- Коды тарифов и тарифы посещения на дому (Приложение №10);
- Коды и тарифы на услуги гемодиализа (Приложение №11);
- Перечень МО, имеющих прикрепленное население и участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №12);
- Перечень МО, не имеющих прикрепленное население, оплата амбулаторно-поликлинической помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи (Приложение №12.1);
- Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (Приложение №13);
- Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение №14);
- Порядок проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями (Приложение №14-1);
- Коды тарифов и тарифы на оказание диагностических услуг (Приложение №15);
- Тарифы на стационарную медицинскую помощь в Республике Дагестан на 2020 год в разрезе уровней (Приложение №16);
- Тарифы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара в Республике Дагестан на 2020 год (Приложение №17);
- Тарифы скорой медицинской помощи, дифференцированные по вызовам (Приложение №18);
- Коды и количество УЕТ на стоматологические услуги, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан на 2020 год (Приложение №19);
- Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение №20);
- Перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2020 году, оказывающих скорую медицинскую помощь вне МО (Приложение №21);
- Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приложение №22);
- Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара на 2020 год (Приложение №23);

ние №23);

- Коэффициенты относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара на 2020 год (Приложение №24);
- Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи (Приложение №25);
- Перечень случаев, для которых установлен КСЛП (Приложение №26);
- Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи на 2020г. (Приложение №27);
- Тарифы по I этапу диспансеризации определенных групп взрослого населения по стоимости услуг на 2020г. (Приложение №28);
- Размер финансового обеспечения по типам фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение №29);
- Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения (Приложение №30);

СОГЛАСОВАНО:

Министр здравоохранения
Республики Дагестан (пред-
седатель Комиссии);



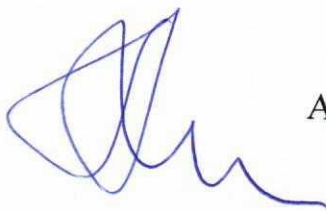
Гаджибрагимов Д.А.

Врио директора Территори-
ального фонда обязательного
медицинского страхова-
ния Республики Дагестан
(заместитель председателя
Комиссии);



Мамаев И.А.

Заместитель Директора Тер-
риториального фонда обяза-
тельного медицинского
страхования Республики Да-
гестан
(секретарь Комиссии);



Ахмедов М.-А. Г.

Заместитель министра здра-



Рамазанов М. Б.

воохранения Республики Дагестан;

Заместитель председателя
Объединения организаций
профсоюзов Республики Дагестан;



Билалов М. И.

Председатель Дагестанской
республиканской организа-
ции профсоюза работников
здравоохранения РФ;

Бучаева З.К.

Директор филиала АО
«Макс-М» в г. Махачкале
(по согласованию);

Залбеков Д.М.

Директора филиала общест-
ва с ограниченной ответст-
венностью «ВТБ медицин-
ское страхование в Респу-
блике Дагестан» (по согласо-
ванию);



Ибрагимов И.М.

Председатель отделения
Первой общероссийской ас-
социации врачей частной
практики в Республике Да-
гестан;

Аскерханов Г. Р.

Президент республиканской
общественной организации
«Ассоциация врачей Даге-
стана» (по согласованию).



Муртазалиев М. Г.