

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 10
К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН НА 2020 ГОД

г. Махачкала

«13» ноября 2020г.

Министерство здравоохранения Республики Дагестан в лице:

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

Заместителя министра здравоохранения Республики Дагестан Рамазанова Мазая Бабукаевича;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в лице:

Директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан Мамаева Ильаса Ахмедовича;

Заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан (секретаря Комиссии) Ахмедова Махмуд-Апанди Гаджимагомедовича;

Заместителя председателя Объединения организаций профсоюзов Республики Дагестан в лице Билалова Мусы Исаевича;

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

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

Заместителя директора по организации экспертной деятельности филиала акционерного общества «Макс-М» в г.Махачкале (по согласованию) Магомедовой Асият Магомедовны;

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 Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Дагестан на 2020 год (далее—Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1.Подпункт 1.3.7. пункта 1.3«Предмет Тарифного соглашения» Раздела I «Общие положения» Тарифного соглашения исключить.

2.Из раздела 2.«Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Дагестан в 2020 году» Тарифного соглашения исключить следующие абзацы:

- Абзац 22 пункта 2.2.;
- Абзацы 2-10 подпункта 2.2.1 пункта 2.2.;
- Абзац 3 подпункта 2.2.1.1. пункта 2.2.;
- Абзацы 3 подпункта 2.2.4 пункта 2.2.;
- Абзац 41 подпункта 2.2.2 пункта 2.2. ;
- Абзац 2 подпункта 2.2.3 пункта 2.2.;
- Абзац 2 подпункта 2.2.5 пункта 2.2.;
- Абзацы 4,5 подпункта 2.3.4 пункта 2.3.;
- Абзацы 2,3 подпункта 2.3.5 пункта 2.3.;
- Подпункт 2.3.6 пункта 2.3.;
- Подпункт 2.3.9 пункта 2.3.;
- Подпункт 2.3.10 пункта 2.3.;
- Абзац 5 подпункта 2.3.12 пункта 2.3.;
- Подпункт 2.4.6 пункта 2.4.;
- Абзац 1 подпункта 2.4.7 пункта 2.4.;
- Подпункт 2.5.5 пункта 2.5.;
- Абзацы 8,9 пункта 2.6.;

3.Абзац 7 пункта 2.1. раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Дагестан в 2020 году» Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

-«Оплата осуществляется по полному тарифу, включающему статьи расходов, входящие в структуру тарифа в соответствии с ч.7 ст.35 Закона № 326-ФЗ.».

4.Пункт 2.2 Тарифного соглашения с 01.10.2020г. дополнить подпунктом 3) следующего содержания:

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

5.Абзац 3 Подпункта 2.2.1. Тарифного соглашения с 01.10.2020г. дополнить информацией следующего содержания:

-«...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;».

6.Абзац 2 пункта 3.2. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» изложить в новой редакции:

-«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).В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, диспансеризация проводится с привлечением близлежащих медицинских организаций.».

7.Пункт 3.11. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи) Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

-«3.11.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).

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.

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.

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».».

8.Пункт 3.12. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи) Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

-«3.12.Средний размер финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 01.01.2020г. составляет 4164,33 руб., с 01.10.2020г. составляет 4172,92 руб.

Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 01.01.2020г. составляет 1578,97 руб., с 01.10.2020г. составляет 384,57

руб., в том числе в месяц составляет 128,19 руб. (Приложение № 13)).

9. Пункт 3.12. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи) Тарифного соглашения дополнить подпунктами 3.12.1 и 3.12.2:

-3.12.1. «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.

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).

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 проведения 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.

- 3.12.2.«Размер финансового обеспечения по типам ФАПов и ФП, а также перечень ФАПов и ФП для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с обслуживаемым населением предусмотрен в приложениях №29, 30.».

10.Пункт 3.13. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи) Тарифного соглашения дополнить абзацем следующего содержания:

-«Тариф 1 УЕТ по стоматологии –195,08руб.».

11.Подпункт 3.13.1.2 пункта 3.13. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

-«3.13.1.2.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.

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 №1.1и №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.

12.Пункт 3.13. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи) Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

-«3.13. Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) с учетом коэффициента дифференциации (КД = 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 – 5 470,15 руб.;

- в условиях дневного стационара – 981,11 руб.

13.Пункт 3.13. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи) Тарифного соглашения дополнить подпунктами 3.13.2., 3.13.3., 3.13.4., 3.13.5., 3.13.6., 3.13.7., 3.13.8. следующего содержания:

-«**3.13.2.**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.»;

-«**3.13.3.**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 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.

-«**3.13.4.**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.

-«**3.13.5.**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».»;

-«**3.13.6.**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;

-«**3.13.7.**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 диагно за МКБ 10	Иной класси фикаци онный критер ий	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-терапевтической-химической классификацией (АТХ), в том числе применение комбинации лекарственных препаратов прямого противовирусного действия и пегилированных интерферонов.

Коэффициент относительной затроемкости 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.

-«**3.13.8.**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.).».

14.Пункт 3.14.раздела 3.«Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

-«3.14.Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2020 год составляет **691,62** руб., с 01.10.2020г. составляет **176,21** руб.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2020 год составляет **687,60** руб., с 01.10.2020г. составляет **175,14** руб., в т.ч. в месяц составляет **58,38** 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.

15.Пункт 3.14.раздела 3.«Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения дополнить подпунктом 3.14.1:

-«3.14.1.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.».

16. Пункт 3.15. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи) Тарифного соглашения дополнить подпунктом 3.15.1:

3.15.1.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.

17.Из раздела 3.«Размер и структура тарифов» Тарифного соглашения исключить следующие пункты:

- Пункт 3.16.;
- Подпункт 3.16.1. пункта 3.16.;
- Подпункт 3.16.2. пункта 3.16.;
- Подпункт 3.16.3. пункта 3.16.;
- Подпункт 3.16.3.1. пункта 3.16.;
- Подпункт 3.16.3.2. пункта 3.16..

18.Из раздела 5.«Заключительные положения» Тарифного соглашения исключить следующие пункты:

- Пункт 5.2.;
- Пункт 5.4.;

19.Приложение №12 «Перечень медицинских организаций и размер коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население и участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, оказанной в сфере обязательного медицинского страхования» изложить в новой редакции, согласно (Приложению №1).

20.Приложение №13 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь» к Тарифному соглашению с 01.10.2020г. изложить в редакции, согласно (Приложению № 2).

21.Приложение №20 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО, оказывающих скорую медицинскую помощь» к Тарифному соглашению с 01.10.2020г. изложить в редакции, согласно (Приложению № 3).

22.Приложение №30 «Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения» к Тарифному изложить в новой редакции, согласно (Приложению №4).

23.Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения, распространяется на правоотношения с 01.10.2020г. и вступает в силу со дня его подписания.

Подписи сторон:

Министр здравоохранения
Республики Дагестан
(председатель Комиссии);



Гаджибрагимов Д.А.

Директор Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования



Мамаев И.А.

Республики Дагестан;

Заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Республики
Дагестан
(секретарь Комиссии);

Ахмедов М.-А.Г.

Заместитель министра
здравоохранения
Республики Дагестан;

Рамазанов М.Б.

Заместитель председателя
Объединения организаций
профсоюзов Республики
Дагестан;

Билалов М.И.

Председатель Дагестанской
республиканской
организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации;

Бучаева З.К.

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

Залбеков Д.М.

Заместитель
директора по организации
экспертной деятельности
филиала АО «Макс-М» в
г.Махачкале (по
согласованию);

Магомедова А.М.

Председатель отделения
Первой общероссийской
ассоциации врачей частной
практики в Республике
Дагестан;

Аскерханов Г. Р.

Президент республиканской
общественной организации
«Ассоциация врачей
Дагестана»
(по согласованию).

Муртазалиев М. Г.