

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
на 2018 год**

г. Махачкала

«15» декабря 2017 г.

1. Общие положения

1.1. Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение

Министерство здравоохранения Республики Дагестан в лице:
врио министра здравоохранения Республики Дагестан Ибрагимов Така
Ибрагимовича,

заместителя министра здравоохранения Республики Дагестан Мирзабекова
Хаджимурада Магомедбековича;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Республики Дагестан в лице:

директора Территориального фонда обязательного медицинского
страхования Республики Дагестан Сулейманова Магомеда Валибагандовича,

заместителя директора Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Республики Дагестан Ахмедова Махмуд-Апанди
Гаджимагомедовича;

Дагестанский республиканский союз организаций профсоюзов в лице
заместителя председателя Билалова Мусы Исаевича;

Филиал АО «МАКС-М» в г. Махачкала в лице директора Омарова Шамиля
Камалудиновича;

Дагестанский филиал ООО ВТБ МС в лице директора Баркаева Гасбуллы
Сулеймановича;

Дагестанская республиканская организация профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Бучаевой Зумруд
Камиловны;

Ассоциация врачей Республики Дагестан в лице председателя Муртазалиева
Магомеда Гитиновича;

Отделение Первой Общероссийской ассоциации врачей частной практики в
Республике Дагестан в лице председателя Аскерханова Гамида 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 целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в соответствии с:

Федеральными законами:

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

постановлениями Правительства Российской Федерации:

от 05.05.2012 г. № 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 08.12.2017 г. № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС);

от 27.12.2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее - Номенклатура);

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

приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 06.12.2012г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»;

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

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

от 11.04.2013г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

от 20.06.2013г. №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи»;

от 26.10.2017г. №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

от 22.01.2016г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»;

приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

от 18.11.2014 г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 г. № 11-7/10/2-8080 и № 13572/26-2/и (далее - Методические рекомендации);

иными нормативными правовыми актами.

1.3. Предмет Тарифного соглашения

1.3.1. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2018 год, утвержденной постановлением Правительства Республики Дагестан, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа).

1.3.2. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи, 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.

1.3.3. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой застрахованным лицам на территории Республики Дагестан, а также застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации по видам 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 с указанием размеров санкций, применяемых к медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Дагестан, образованной постановлением Правительства Республики Дагестан от 31.05.2012 г. №194 (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. Уровень оказания медицинской помощи для медицинских организаций устанавливается дифференцированно:

I уровень оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организации, оказывающих населению в пределах муниципального образования:

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

II уровень оказания медицинской помощи - для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

III уровень оказания медицинской помощи (медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие 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;

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 рекомендациями Минздрава РФ и ФФОМС коэффициент затроемкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение ее затроемкости к базовой ставке;

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

коэффициент дифференциации Республики Дагестан - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов, равный для Республики Дагестан 1,005.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Дагестан в 2018 году

2.1. Общие положения

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 обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230.

Медицинская помощь, оказанная медицинской организацией пациенту, застрахованному по ОМС на территории Республики Дагестан, оплачивается страховой медицинской организацией, в которой застрахован гражданин на дату завершения случая оказания медицинской помощи. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией 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 медицинской организацией 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 медицинской организацией и СМО.

Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинской организации 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 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 медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), 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 медицинских организаций, 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 медицинских организаций 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

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной МО лицам, застрахованным в Республике Дагестан, а также лицам, застрахованным за пределами Республики Дагестан, производится с учетом профиля врачебной специальности и по половозрастному признаку следующими способами:

1) по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложение №13);

2) по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (Приложения № 2-10,15,19).

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 медицинских организаций,

участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №12).

2.2.1.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в рамках реализации Территориальной программы ОМС в Республике Дагестан производится за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях врачами-терапевтами, врачами-педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами).

2.2.1.2. 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 обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь».

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

2.2.1.3. 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.

2.2.1.4. 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 отражен в Приложении №14.

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

Для медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, единицей объема является:

а) посещения

с профилактической целью и с иными целями, в том числе разовые посещения по поводу заболевания (Приложение №8);

б) посещения по неотложной помощи (Приложение №7).

в) обращения по поводу заболевания (Приложение №9);

г) условная единица трудоемкости (УЕТ) - для стоматологической медицинской помощи (Приложение №19);

д) отдельная медицинская услуга.

Объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включает посещения:

центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

в связи с диспансеризацией определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 г. №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение №2);

в связи с диспансеризацией пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013г. №72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (Приложение №3);

в связи с диспансеризацией 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 приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 г. № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (Приложение №4) (оплата диспансеризации осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (комплексное посещение));

профилактические медицинские осмотры взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012г. № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (Приложение №5);

профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. №514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (Приложение №6);

динамическое наблюдение за нормальной беременностью, патронаж, медицинский осмотр по поводу проведения прививок в соответствии с Национальным [календарем](#) профилактических прививок, в том числе медицинской сестрой детского дошкольного учреждения и т.п.).

2.2.3. Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает разовые посещения по поводу заболевания, исследований с целью получения справки, в том числе справки по форме № 086/у (утверждена приказом Министерства здравоохранения СССР от 04.10.1980 г. №1030), санаторно-курортной карты и др.

2.2.4. Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника (Приложение №7).

К посещениям в связи с оказанием неотложной помощи относятся

посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории):

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.

2.2.5. 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 (в среднем от 2,6 до 3,2 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.

Повторное посещение в один день врача или специалиста со средним медицинским образованием, ведущего самостоятельный прием, одной специальности (профиля) в одной медицинской организации предъявляется к оплате как одно посещение, кроме посещений врачей центров здоровья или повторных посещений для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, которые предъявляются к оплате по тарифу посещения, установленному Тарифным соглашением.

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

Медицинские организации 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 медицинской организации на весь комплекс мероприятий по диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

2.2.6. «Коды и тарифы на медицинские (диагностические) услуги» используются: ГБУ РД "Республиканский диагностический центр", ГБУ РД "Республиканский перинатальный центр - Мама Патимат", ГБУ РД "Диагностический центр", г. Махачкала, ГБУ РД "Избербашский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Хасавюртовский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Буйнакский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Дербентский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Левашинский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Левашинский межрайонный диагностический центр".

центр", ООО "Промикс", г. Избербаш, ООО "Медицинский центр "Здоровье", г. Махачкала, ООО "Патогистологический центр", г. Махачкала, ООО "Медицинский центр "Мед-элит", г. Дербент, ООО "Диагностический центр", г. Махачкала, ООО "Медицинский центр "Лекарь Старый", г. Махачкала, ООО "Медицинский лечебно-диагностический центр "Здоровье", г. Дербент, ООО "Медицинский центр "Гепар", г. Махачкала, ООО "Панацея", г. Махачкала, ООО "Центр современной медицины", г. Махачкала, ООО "МЛДЦ "Доктор плюс", г. Дербент, ООО "МЦ "АССБИД", Кайтагский район, с. Маджалис, ООО "Научно-консультативный медицинский центр "Синтез-М", г. Махачкала, ООО "МЦ "Женское здоровье", г. Буйнакск, ООО "МЛДЦ "Авиценна", г. Дагестанские Огни, ООО "Авиценна", Табасаранский район, с. Хучни, ООО "Медицинский центр 111", г. Буйнакск, ООО МЦ "Панацея", г. Дербент, ООО МЦ "Гиппократ", г. Дербент, ООО "Мать и дитя", г. Махачкала, ООО "Акрополь", г. Махачкала, ООО "Альтер-Мед", г. Хасавюрт, ООО "VIP Клиника", г. Махачкала, ООО "Лаб-Синтез Диагностик", г. Кизилюрт, ООО «Март», г. Махачкала, ООО «Все анализы», г. Махачкала, ООО "Лабораторная диагностика", г. Махачкала, ООО "Клиническая лабораторная диагностика", Лакский район, с. Кумух.

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

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

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, код «Вакцинопрофилактика» 79101 и 79102 применяется в сочетании с кодом профилактического посещения врача-педиатра, врача-терапевта, врача общей практики (семейный врач), фельдшера-акушера согласно Приложению №8.

2.2.7. 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.

Одно обращение по заболеванию в стоматологии составляет 3,9 УЕТ. Стоимость обращения по стоматологии определяется путем произведения стоимости 1 УЕТ на количество УЕТ, составляющих каждое обращение.

Стоматологическая помощь с профилактической целью оплачивается по тарифу посещения. Одно посещение стоматолога с профилактической целью составляет 1,32 УЕТ (1 УЕТ = 0,76 посещения). 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.

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

2.3.1 Перечень медицинских организаций, 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 исключением летальных случаев, оплачиваемых в соответствии с фактическими сроками оказания медицинской помощи в пределах стоимости тарифа КСГ) (Приложение №16).

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 «Гериятрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериятрия» соответственно.

2.3.3. Критерием отнесения случая к **сверхдлительному** является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме следующих КСГ, которые считаются сверхдлительными при сроке пребывания более 45 дней:

№ КСГ	Наименование КСГ
45	Детская хирургия, уровень 1
46	Детская хирургия, уровень 2
108	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
109	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций

161	Лучевая терапия (уровень 2)
162	Лучевая терапия (уровень 3)
233	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)
279	Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)
280	Панкреатит, хирургическое лечение
298	Ожоги (уровень 5)

Для оплаты медицинской помощи в случаях сверхдлительного пребывания за единицу объема медицинской помощи принимается каждый месяц лечения в течение всего периода нахождения пациента в стационаре, при этом осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного, несмотря на количество незаконченных случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента.

2.3.4. К **прерванным** относятся случаи оказания медицинской помощи при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, летальном исходе, при проведении диагностических исследований, а также в случаях оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Оплата случаев длительностью менее 3 дней, входящих в группы, перечисленные ниже и являющиеся исключениями, осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения:

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
3	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
99	Сотрясение головного мозга
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
167	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
172	Замена речевого процессора
173	Операции на органе зрения (уровень 1)
174	Операции на органе зрения (уровень 2)
198	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
219	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи,

	жировой ткани и другие болезни кожи
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

Если пациенту при этом была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере полной стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай целесообразно оплачивать в размере стоимости фактического количества койко-дней, пропорционально тарифу (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз).

2.3.5. При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одного стационара оплачиваются оба страховых случая в зависимости от законченности (законченный, незаконченный).

Оплата незаконченного случая лечения пациента (пациент переведен в другую медицинскую организацию, отделение, выписан по независящим от медицинской организации причинам - карантин, самовольный уход и т.п.) осуществляется за фактическое количество дней пребывания больного по стоимости 1 койко-дня, но не более стоимости законченного случая по КСГ, при законченном случае - полная стоимость КСГ

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, 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 медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в таблице п. 2.3.4) с последующим родоразрешением.

В таких случаях, если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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 специализированных МО осуществляется по стоимости КСГ (за исключением ГБУ РД «Республиканский центр реабилитации» МЗ РД и ГБУ РД «Детский центр восстановительной медицины и реабилитации г. Махачкала», где медицинская реабилитация осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях и оплачивается по тарифу за законченный случай лечения) (Приложения №16 и 17).

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ 325-333 в стационарных условиях и для КСГ №№ 123-128 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке 2-3 по ШРМ пациент 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 325 – 323 в круглосуточном стационаре и к КСГ 123 – 128 в дневном стационаре применяется дополнительный классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ):

Код	Расшифровка дополнительного 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
rb6	6 балла по шкале реабилитационной маршрутизации

Например, для отнесения к КСГ 325 «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (4 балла по ШРМ) необходимо наличие кода дополнительного классификационного критерия «rb4» и должны быть использованы следующие медицинские услуги:

1. В05.024.003 Услуги по реабилитации пациента, перенесшего черепно-мозговую травму
2. В05.024.002 Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию
3. В05.024.001 Услуги по реабилитации пациента с переломом позвоночника

4. В05.023.001 Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения

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		
	<ul style="list-style-type: none"> • Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни • Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни 	<ul style="list-style-type: none"> • Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни • Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни 	<ul style="list-style-type: none"> • Может вернуться к прежнему образу жизни (работа, обучение), поддерживать прежний уровень активности и социальной жизни • Тратит столько же времени на выполнение дел, как и раньше до болезни • Может выполнять физическую нагрузку выше обычной без слабости, сердцебиения, одышки
2	Легкое ограничение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> • Не может выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается) • Не нуждается в наблюдении • Может проживать один дома от недели и более без помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Не способен выполнять ту активность, которая была до заболевания (вождение автомобиля, чтение, письмо, танцы, работа и др.), но может справляться со своими делами без посторонней помощи • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается) 	<ul style="list-style-type: none"> • Может справляться со своими делами без посторонней помощи • 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 (ВЭМ/ спирометрия) $\geq 125 \text{ Вт} / \geq 7 \text{ ME}$ • Может самостоятельно за собой ухаживать (сам одевается и раздевается, ходит в магазин, готовит простую еду, может совершать небольшие путешествия и переезды, самостоятельно передвигается) • Не нуждается в наблюдении • Может проживать один дома от недели и более без помощи
3	Ограничение жизнедеятельности, умеренное по своей выраженности		
	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, 	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно или с помощью трости • Незначительное ограничение возможностей самообслужи- 	<ul style="list-style-type: none"> • Может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • В покое какие-либо патологические симптомы отсут-

	<p>ест и выполняет др. виды повседневной активности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие • Нуждается в помощниках при ведении финансовых дел • Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели 	<p>вания. Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками и другие • Умеренно выраженный болевой синдром во время ходьбы, незначительно выраженный болевой синдром в покое (1-3 балла по ВАШ) 	<p>ствуют. 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. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) = 301-425 м. Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/ спироэргометрия) = 75-100 Вт /4-6,9 МЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • Нуждается в помощи при выполнении сложных видов активности: приготовление пищи, уборке дома, поход в магазин за покупками • Может проживать один дома без помощи от 1 суток до 1 недели
4	Выраженное ограничение жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Нуждается в помощи при выполнении повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. • В обычной жизни нуждается в ухаживающем • Может проживать один дома без помощи до 1 суток 	<ul style="list-style-type: none"> • Умеренно выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в дополнительном средстве опоры – костыли • Умеренное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет • Выраженный болевой синдром во время движений, умеренно выраженный болевой синдром в покое (4-6 баллов по ВАШ) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) = 150-300 м, Тесты с физической нагрузкой (ВЭМ/ спироэргометрия) = 25-50 Вт /2-3,9 МЕ • Самостоятельно одевается, раздевается, ходит в туалет, ест и выполняет др. виды повседневной активности • В обычной жизни нуждается в ухаживающем • Может проживать один дома без помощи до 1 суток
5	Грубое нарушение процессов жизнедеятельности		
	<ul style="list-style-type: none"> • Пациент прикован к постели • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Нуждается в постоянном внимании, помощи при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. • Нуждается в ухаживающем постоянно (и днем, и ночью) • Не может быть оставлен один дома без посторонней 	<ul style="list-style-type: none"> • Выраженное ограничение возможностей передвижения. Нуждается в дополнительных средствах опоры – ходунки или самостоятельно передвигается в коляске. Перемещение ограничено пределами стационарного отделения. Не может ходить по лестнице • Выраженное ограничение возможностей самообслуживания и выполнении всех повседневных задач: одевание, 	<ul style="list-style-type: none"> • Большой комфортно чувствует себя только в состоянии покоя, малейшие физические нагрузки приводят к появлению слабости, сердцебиения, одышки, болям в сердце. Тест шестиминутной ходьбы (ТШМ) < 150 м. • Не может передвигаться самостоятельно и без посторонней помощи • Нуждается в постоянном внимании, помощи при вы-

	помощи	раздевание, туалет • Выраженный болевой синдром в покое (7-8 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении	полнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет, прием пищи и др. • Не может быть оставлен один дома без посторонней помощи
6	Нарушение жизнедеятельности крайней степени тяжести		
	<ul style="list-style-type: none"> • Хроническое нарушение сознания: витальные функции стабильны; нейромышечные и коммуникативные функции глубоко нарушены; пациент может находиться в условиях специального ухода реанимационного отделения • Нейромышечная несостоятельность: психический статус в пределах нормы, однако глубокий двигательный дефицит (тетраплегия) и бульбарные нарушения вынуждают больного оставаться в специализированном реанимационном отделении 	<ul style="list-style-type: none"> • Резко выраженное ограничение возможностей самообслуживания и при выполнении всех повседневных задач: одевание, раздевание, туалет • Резко выраженный болевой синдром в покое (9-10 баллов по ВАШ), усиливающийся при движении • Резко выраженное ограничение возможностей передвижения и нуждается в посторонней помощи при перемещении в коляске или на каталке • При движениях имеется опасность кровотечения, смещения костных отломков или имплантатов, повреждения мягкотканого скелета, мышц, сосудов, компрессии нервов 	<ul style="list-style-type: none"> • Витальные функции стабильны, пациент может находиться в условиях специального ухода: БИТ (реанимационного отделения) • Пациент неспособен переносить любую физическую нагрузку без болей в сердце, одышки, сердцебиения (например, при присаживании или поворотах в постели)

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар. В случае, если состояние пациента может быть описано набором утверждений, относящихся к разным статусам по ШРМ, выставляется оценка, соответствующая описанию, для которого выполняется большинство критериев.

При оценке 0-1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2-3 балла пациента получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; 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.

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.

Предъявление к оплате двух случаев одновременного оказания медицинской помощи одному застрахованному по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях не является основанием для применения санкций при

условии, что медицинская реабилитация выполнялась специалистами разных профилей по поводу различных заболеваний.

2.3.8. Оплата **высокотехнологичной медицинской помощи** в соответствии с перечнем видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках Территориальной программы за счет субвенций из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, осуществляется за законченный случай лечения по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 года № 1492 (Приложение №27). В случае, если модель пациента отличается от установленной 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 организации в рамках специализированной медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ.

МО в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в установленные сроки направляет в СМО заявку на авансирование с указанием аванса на ВМП и в установленные сроки формирует реестры счетов на оплату оказанной медицинской помощи за отчетный месяц.

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 СМО экспертизе качества медицинской помощи.

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

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

2.3.10. 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 медицинских организациях, так и в медицинских организациях общей сети.

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

2.4.1. Перечень медицинских организаций, 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) (за исключением летальных случаев, оплачиваемых в соответствии с фактическими сроками оказания медицинской помощи в пределах стоимости тарифа КСГ) (Приложение №17).

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.

2.4.4. 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 медицинской организации, при его письменном отказе от дальнейшего лечения, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, 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. Если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, оплата осуществляется в размере полной стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ. Если указанная хирургическая операция не выполнена, случай целесообразно оплачивать в размере стоимости фактического количества койко-дней, пропорционально тарифу (при этом основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз). Аналогичный подход применяется к оплате прерванных случаев при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

2.4.5. При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар при круглосуточном стационаре, в дневной стационар при поликлинике для долечивания и реабилитации стоимость оказанной медицинской помощи на каждом этапе определяется по фактически проведенным пациенто-дням, но не более нормативной продолжительности госпитализации по тарифу соответствующей КСГ.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, представлен в Приложении №1.4.

2.5.2. Оплата оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (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 медицинской организации, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, медицинскими организациями в соответствии с Перечнем медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС (Приложение №21).

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации 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 (Приложение №20).

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

Сумма для перечисления по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи является фиксированной и зависит от результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы реестров, экспертизы качества медицинской помощи.

МО ежемесячно при формировании счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь в текущем месяце в общем счете не указывают стоимость скорой медицинской помощи, сформировавшуюся по тарифам, а формируют отдельный счет на оплату скорой медицинской помощи, рассчитанный по подушевому нормативу финансирования, и представляют в страховые медицинские организации дополнительно к общему счету - реестру за текущий месяц.

2.5.4. Оплата скорой медицинской помощи догоспитального этапа **за вызов**

осуществляется при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказанной медицинскими организациями, не входящими в Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи (Приложение №21), оказанной в сфере ОМС, а также оказанной лицам, застрахованным за пределами Республики Дагестан.

Оказание скорой медицинской помощи оплачивается по тарифу скорой медицинской помощи и дифференцируется по виду вызова с учетом повода к вызову и его результата вне зависимости от уровня оказания медицинской помощи (Приложение №18).

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 обязательного медицинского страхования не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или незастрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально-значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями, безрезультатные вызовы.

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 оплате медицинской помощи с применением методов диализа, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты за услугу. При этом, при необходимости, стоимость услуг диализа с учетом их фактического выполненного количества, является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения.

Консервативное лечение хронических болезней почек и их осложнений проводится в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара, острого почечного повреждения - только в условиях круглосуточного стационара. КСГ 43 - Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ - в условиях дневного стационара - включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропозз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина Д и др.)

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи 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.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу - одну процедуру 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 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Учитывая постоянный характер проводимого лечения, рекомендуется ведение одной амбулаторной карты (учетная форма № 025/у) в течение календарного года, 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).

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 медицинских организациях, 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 обязательного медицинского страхования 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 (Приложение №27).

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 затратно-емкости.

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 медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования в соответствии с Перечнем медицинских организаций, 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 затратно-емкости по КСГ, рассчитываемый как отношение затратно-емкости

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 могут применяться следующие коэффициенты дифференциации:

- коэффициент относительной затроемкости (КфЗТ);
- коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУСмо);
- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП);
- управленческий коэффициент (КУкст).

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 медицинских организациях определяется в соответствии с нормативными правовыми актами

Российской Федерации и постановлением Правительства Республики Дагестан от 08.10.2009 г. № 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 медицинской организации (далее - общеучрежденческий персонал), включаются в состав компенсируемых средствами ОМС расходов на оплату труда, пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации 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 медицинской организации 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 медицинской организации, 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 медицинских организаций, 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 медицинской организацией 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 медицинской организации 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 медицинской организации 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) пеленки 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), туберкулин, для проведения туберкулинодиагностики детскому населению по показаниям, 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 медицинской организации, 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 медицинской организацией 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 медицинской организации.

3.7. Расходы на приобретение мягкого инвентаря для пациентов и медицинского персонала медицинской организации 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 медицинских организаций, занятым на работах с вредными условиями труда, аттестованных в установленном порядке;

3.9. Расходы по организации питания пациентов при отсутствии организованного питания в медицинской организации, 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 медицинской организации 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 медицинских организаций, 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 медицинской организации, 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.

3.11. Расходы по оплате стоимости лабораторных, инструментальных исследований, иных медицинских услуг, производимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), а также услуг врачей-консультантов, не являющихся штатными работниками медицинских организаций, компенсируются в структуре тарифа средствами, предусмотренными для расходов на оплату труда, расходов по приобретению лекарственных средств и медицинских изделий, а также расходов по приобретению мягкого инвентаря и должны осуществляться в пределах средств, фактически поступивших в медицинскую организацию через структуру тарифа.

Действие данного подпункта не распространяется на:

ГБУ РД "Республиканский диагностический центр", ГБУ РД "Республиканский перинатальный центр - Мама Патимат", ГБУ РД "Диагностический центр", г. Махачкала, ГБУ РД "Избербашский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Хасавюртовский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Буйнакский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Дербентский межрайонный диагностический центр", ГБУ РД "Левашинский межрайонный диагностический центр", ООО "Промикс", г. Избербаш, ООО "Медицинский центр "Здоровье", г. Махачкала, ООО "Патогистологический центр", г. Махачкала, ООО "Медицинский центр "Мед-элит", г. Дербент, ООО "Диагностический центр", г. Махачкала, ООО "Медицинский центр "Лекарь Ста-

рый", г. Махачкала, ООО "Медицинский лечебно-диагностический центр "Здоровье", г. Дербент, ООО "Медицинский центр "Гепар", г. Махачкала, ООО "Панацея", г. Махачкала, ООО "Центр современной медицины", г. Махачкала, ООО "МЛДЦ "Доктор плюс", г. Дербент, ООО "МЦ "АССБИД", Кайтагский район, с. Маджалис, ООО "Научно-консультативный медицинский центр "Синтез-М", г. Махачкала, ООО "МЦ "Женское здоровье", г. Буйнакск, ООО "МЛДЦ "Авиценна", г. Дагестанские Огни, ООО "Авиценна", Табасаранский район, с. Хучни, ООО "Медицинский центр 111", г. Буйнакск, ООО МЦ "Панацея", г. Дербент, ООО МЦ "Гиппократ", г. Дербент, ООО "Мать и дитя", г. Махачкала, ООО "Акрополь", г. Махачкала, ООО "Альтер-Мед", г. Хасавюрт, ООО "VIP Клиника", г. Махачкала, ООО "Лаб-Синтез Диагностика", г. Кизилюрт, ООО «Март», г. Махачкала, ООО «Все анализы», г. Махачкала, ООО "Лабораторная диагностика", г. Махачкала, ООО "Клиническая лабораторная диагностика", Лакский район, с. Кумух.

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

3.12. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной **в амбулаторных условиях** медицинскими организациями, 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 2018 год, составляет - 3 877,36 руб.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, представлен в Приложении №13.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, представлены в Приложении №25.

3.13. Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) без учета коэффициента дифференциации (КД = 1,005) на 2018 год составляет:

- **в условиях круглосуточного стационара** – 22 444,37 руб.
- **в условиях дневного стационара** – 11 447,29 руб.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Дагестан, в расчете на одного 1 застрахованное лицо на 2018 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 4 763,53 руб.;
- в условиях дневного стационара – 848,85 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 (устанавливается для конкретной КСГ для регулирования уровня госпитализации или стимулирования МО к внедрению конкретных методов хирургического лечения);
- 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.

Перечень КСГ, для которых применяется управленческий коэффициент (КУ_{КСГ}):

№ КСГ	Наименование КСГ	Управленческий коэффициент
В круглосуточном стационаре:		
24	Анемии (уровень 2)	0,80
108	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	0,92
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	0,97
331	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (4 балла по ШРМ)	1,15
332	Медицинская реабилитация пациентов с соматическими заболеваниями (5 баллов по ШРМ)	1,16
В дневном стационаре:		
5	Экстракорпоральное оплодотворение	1,09
82	Операции на сосудах (уровень 2)	0,91

3.13.1.2. **Коэффициент уровня** оказания медицинской помощи (КУС_{МО}) учитывает ресурсоемкость применяемой технологии лечения в зависимости от оснащенности медицинской организации, уровня квалификации персонала медицинской организации, типа медицинской организации и т.п.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарах (Кус):

Уровень оказания медицинской	Коэффициент уровня оказания медицин-
------------------------------	--------------------------------------

ПОМОЩИ	СКОЙ ПОМОЩИ
1	0,95
2	1,1
3	1,3

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

№ КСГ	Наименование КСГ	Коэффициент относительной затратоемкости КСГ
17	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	0,89
30	Легкие дерматозы	0,36
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,95
97	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии	0,68
108	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	16,02
172	Замена речевого процессора	25,00
208	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	0,74
210	Болезни желчного пузыря	0,72
212	Гипертоническая болезнь в стадии обострения	0,70
213	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)	0,78
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75
243	Болезни предстательной железы	0,73
256	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)	0,55
266	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей	0,76
272	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы	0,37
284	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)	0,73
285	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)	0,91
286	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)	0,86
287	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)	1,24
288	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)	1,78
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии	5,35
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов	2,32

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах не установлен.

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

Регламент применения КСЛП

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей до 1 года), кроме КСГ, относящихся к профилю «Неонатология»	1,45
2.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (госпитализация детей от 1 до 4)	1,25
3	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний)	1,2
4.	Сложность лечения пациента, связанная с возрастом (лица старше 75 лет), кроме КСГ, относящихся к профилю «Гериатрия»	1,21
5.	Сложность лечения пациента старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела 60 баллов и менее) (применяется к КСГ по профилю «Гериатрия»)	1,15
6.	Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, указанных в п. 3.13.1.3.1.	1,45
7.	Необходимость развертывания индивидуального поста по медицинским показаниям	1,30
8.	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ (в соответствии с п. 3.13.1.4	1,55
9.	Сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями (методика расчета КСЛП представлена в п. 3.13.1.3.2.	в соответствии с расчетным значением
10.	Проведение сочетанных хирургических вмешательств в соответствии с п. 3.13.1.3.3.	1,45
11.	Проведение однотипных операций на парных органах в соответствии с п. 3.13.1.3.4.	1,45
12.	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции)	0,6
13.	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов	1
14.	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов	1
15.	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов (в данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки)	1,1
16.	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл)	0,19

3.13.1.3.1. К тяжелой сопутствующей патологии, осложнениям заболеваний, сопутствующим заболеваниям, влияющим на сложность лечения пациента, относятся:

Сахарный диабет 1 и 2 типа;

Гемофилия (D66; D67; D68.0);

Муковисцидоз (E84);

Гипофизарный нанизм (E23.0);

Рассеянный склероз (G35);

Болезнь Гоше (E75.5);

Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C92.1; C88.0; C90.0; C82; C83.0; C83.1; C83.3; C83.4; C83.8; C83.9; C84.5; C85; C91.1);

Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8)

Гемолитико-уремический синдром (D59.3)

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5)

Апластическая анемия неуточненная (D61.9)

Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра) (D68.2)

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3)

Дефект в системе комплемента (D84.1)

Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (E22.8)

Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) (E70.0, E70.1)

Тирозинемия (E70.2)

Болезнь «кленового сиропа» (E71.0)

Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия) (E71.1)

Нарушения обмена жирных кислот (E71.3)

Гомоцистинурия (E72.1)

Глютарикацидурия (E72.3)

Галактоземия (E74.2)

Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2)

Мукополисахаридоз, тип I (E76.0)

Мукополисахаридоз, тип II (E76.1)

Мукополисахаридоз, тип VI (E76.2)

Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия (E80.2)

Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0)

Незавершенный остеогенез (Q78.0)

Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0)

Юношеский артрит с системным началом (M08.2);

Детский церебральный паралич (G80)
 ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 – B24);
 Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6).

3.13.1.3.2. КСЛП при сверхдлительных сроках госпитализации рассчитывается по формуле:

а) в отделениях реанимации:

- свыше 30 дней (за исключением КСГ 44, 45, 106, 107, 148, 149, 220, 266, 267, 285):

$$\text{КСКП} = 1 + \frac{\text{ФКД-30}}{30} * 0,4, \text{ где ФКД – фактическое количество дней}$$

- свыше 45 дней (для КСГ 44, 45, 106, 107, 148, 149, 220, 266, 267, 285):

$$\text{КСКП} = 1 + \frac{\text{ФКД-45}}{45} * 0,4, \text{ где ФКД – фактическое количество дней}$$

б) в профильных отделениях:

- свыше 30 дней (за исключением КСГ 44, 45, 106, 107, 148, 149, 220, 266, 267, 285):

$$\text{КСКП} = 1 + \frac{\text{ФКД-30}}{30} * 0,25, \text{ где ФКД – фактическое количество дней}$$

- свыше 45 дней (для КСГ 44, 45, 106, 107, 148, 149, 220, 266, 267, 285):

$$\text{КСКП} = 1 + \frac{\text{ФКД-45}}{45} * 0,25, \text{ где ФКД – фактическое количество дней}$$

3.13.1.3.3. Проведение в рамках одной госпитализации сочетанных хирургических вмешательств:

Операция 1		Операция 2	
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пу-

			почной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009	Холецистэктомия	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.003	Оперативное лечение околопупочной грыжи
A16.14.009.001	Холецистэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи

	малоинвазивная		передней брюшной стенки
A16.14.009.001	Холецистэктомия малоинвазивная	A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.004.011	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.001	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.001.002	Оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002	Оперативное лечение пупочной грыжи
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.001	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием видеоэндоскопических технологий

			технологий
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.002.002	Оперативное лечение пупочной грыжи с использованием сетчатых имплантов
A16.22.001	Гемитиреоидэктомия	A16.30.004	Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.004	Сальпингэктомия лапаротомическая
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.017	Удаление параовариальной кисты лапаротомическое
A16.20.032	Резекция молочной железы	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.043	Мастэктомия	A16.20.011.002	Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками лапаротомическая
A16.18.016	Гемиколэктомия правосторонняя	A16.14.030	Резекция печени атипичная
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.035	Миомэктомия (энуклеация миоматозных узлов) лапаротомическая
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.001	Удаление кисты яичника
A16.20.005	Кесарево сечение	A16.20.061	Резекция яичника лапаротомическая
A16.20.014	Влагалищная тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) с придатками	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.20.083	Кольпоперинеоррафия и леваторопластика	A16.20.042.001	Слинговые операции при недержании мочи
A16.16.033.001	Фундопликация лапароскопическая	A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая
A16.14.009.002	Холецистэктомия лапароскопическая	A16.20.063.001	Влагалищная экстирпация матки с придатками с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.28.071.001	Иссечение кисты почки	A16.20.001.001	Удаление кисты яичника с использованием видеоэндо-

	лапароскопическое		скопических технологий
A16.28.054	Трансуретральная уретеролитоэкстракция	A16.28.003.001	Лапароскопическая резекция почки
A16.28.004.001	Лапароскопическая нефрэктомия	A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты
A16.21.002	Трансуретральная резекция простаты	A16.28.085	Трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия
A16.08.013.001	Пластика носовой перегородки с использованием видеоэндоскопических технологий	A16.08.017.001	Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факкофрагментация, факкоаспирация	A16.26.069	Трабекулотомия
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факкофрагментация, факкоаспирация	A16.26.073.003	Проникающая склерэктомия
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факкофрагментация, факкоаспирация	A16.26.115	Удаление силиконового масла (или иного высомолекулярного соединения) из витреальной полости
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факкофрагментация, факкоаспирация	A16.26.146	Реконструкция угла передней камеры глаза
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факкофрагментация, факкоаспирация	A16.26.049	Кератопластика (трансплантация роговицы)
A16.26.093	Факоемульсификация без интраокулярной линзы. Факкофрагментация, факкоаспирация	A16.26.087	Замещение стекловидного тела

3.13.1.3.4. К одностипным операциям на парных органах, при выполнении которых необходимы, в том числе дорогостоящие, расходные материалы, относятся:

A16.03.022.002	Остеосинтез титановой пластиной
A16.03.022.004	Интрамедуллярный стержневой остеосинтез
A16.03.022.005	Остеосинтез с использованием биodeградируемых материалов
A16.03.022.006	Интрамедуллярный блокируемый остеосинтез
A16.03.024.005	Реконструкция кости. Остеотомия кости с использованием комбинируемых методов фиксации
A16.03.024.007	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия при деформации стоп

A16.03.024.008	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия бедра
A16.03.024.009	Реконструкция кости. Корректирующая остеотомия голени
A16.03.024.010	Реконструкция кости при ложном суставе бедра
A16.03.033.002	Наложение наружных фиксирующих устройств с использованием компрессионно-дистракционного аппарата внешней фиксации
A16.04.014	Артропластика стопы и пальцев ноги
A16.12.006	Разрез, иссечение и закрытие вен нижней конечности
A16.12.006.001	Удаление поверхностных вен нижней конечности
A16.12.006.002	Подапоневротическая перевязка анастомозов между поверхностными и глубокими венами голени
A16.12.006.003	Диссекция перфорантных вен с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.12.008.001	Эндартерэктомия каротидная
A16.12.008.002	Эндартерэктомия каротидная с пластикой
A16.12.012	Перевязка и обнажение варикозных вен
A16.20.032.007	Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием
A16.20.103	Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза
A16.20.043.001	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой
A16.20.043.002	Мастэктомия подкожная с одномоментной алломаммопластикой с различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.043.003	Мастэктомия радикальная с односторонней пластикой молочной железы с применением микрохирургической техники
A16.20.043.004	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки
A16.20.045	Мастэктомия радикальная подкожная с алломаммопластикой
A16.20.047	Мастэктомия расширенная модифицированная с пластическим закрытием дефекта грудной стенки различными вариантами кожно-мышечных лоскутов
A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом
A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием
A16.26.011	Зондирование слезных канальцев, активация слезных точек
A16.26.019	Устранение эпикантуса
A16.26.020	Коррекция энтропиона или эктропиона
A16.26.021	Коррекция блефароптоза
A16.26.021.001	Устранение птоза
A16.26.023	Устранение блефароспазма
A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза
A16.26.147	Ретросклеропломбирование
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика
A22.26.005	Лазерная иридэктомия
A22.26.006	Лазергониотрабекулопунктура
A22.26.007	Лазерный трабекулоспазис
A22.26.009	Фокальная лазерная коагуляция глазного дна
A22.26.010	Панретинальная лазерная коагуляция
A22.26.019	Лазерная гониодесцеметопунктура
A22.26.023	Лазерная трабекулопластика
A16.26.075	Склеропластика
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов
A16.26.093.002	Факоемульсификация с имплантацией интраокулярной линзы
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы

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.

3.13.1.4. Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к различным КСГ

- 1) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом лучевой терапии;
- 2) Сочетание любой схемы лекарственной терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании;
- 3) Сочетание любого кода лучевой терапии с любым кодом хирургического лечения при злокачественном новообразовании
- 4) Сочетание двух кодов лучевой терапии;
- 5) Последовательное выполнение в рамках одной госпитализации двух и более схем лекарственной терапии.

3.13.1.5. Лечение пациента старше 60 лет при наличии у него функциональной зависимости (индекс Бартела – 60 баллов и менее)

Для применения соответствующего КСЛП необходимо выполнение 3 условий:

1. Лечение по КСГ 339 «Старческая астения» в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Гериатрия».
2. Возраст пациента более 60 лет;
3. Оценка функциональной зависимости пациента – 60 баллов и менее в соответствии с индексом Бартела.

Расчет значения индекса Бартела осуществляется исходя из следующих параметров:

Параметр	Критерии
Прием пищи	0 – полностью зависим 5 – частично нуждается в помощи или требует специальной диеты 10 – независим
Прием ванны	0 – зависим 5 – независим при приеме ванны (душа)
Гигиенические процедуры	0 – нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены 5 – самостоятельно чистит зубы, умывается, причесывается
Одевание	0 – полностью зависим 5 – частично нуждается в помощи, но может выполнять примерно половину действий самостоятельно 10 – не нуждается в помощи (в том числе при застегивании пуговиц, молний, завязывании шнурков и т.п.)
Акт дефекации	0 – недержание (или необходимо применение клизмы) 5 – периодическое недержание 10 – полностью контролирует
Акт мочеиспускания	0 – недержание, или катетеризация, или задержка мочеиспускания

	5 – периодическое недержание 10 – полностью контролирует
Пользование туалетом	0 – полностью зависим от окружающих 5 – нуждается в некоторой помощи, но часть действий может выполнять самостоятельно 10 – не нуждается в помощи (одевается, осуществляет гигиенические процедуры)
Перемещение (с кровати на стул и обратно)	0 – перемещение невозможно, не удерживает равновесие сидя 5 – нуждается в значительной помощи (физической, одного или двух человек), может сидеть 10 – нуждается в незначительной помощи (вербальной или физической) 15 – не нуждается в помощи
Передвижение (на ровной поверхности)	0 – неспособен к передвижению, или <50 метров 5 – самостоятельное перемещение в инвалидном кресле, включая углы, >50 метров 10 – ходит с помощью одного лица (вербальной или физической), >50 метров 15 – не нуждается в помощи (но может использовать вспомогательные средства, например, трость), >50 метров
Ходьба по лестнице	0 – неспособен подниматься по лестнице даже с поддержкой 5 – нуждается в помощи (вербальной, физической, вспомогательном средстве) 10 – не нуждается в помощи

Индекс Бартела определяется суммированием баллов по всем параметрам. Максимальная оценка составляет 100 баллов.

3.13.1.6. Случаи проведения отдельных этапов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

В рамках проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Инсеминация ооцитов и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Дополнительно в процессе проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения возможно осуществление криоконсервации полученных на третьем этапе эмбрионов.

В случае проведения в рамках случая госпитализации всех четырех этапов экстракорпорального оплодотворения без осуществления криоконсервации эмбрионов, а также проведения первых трех этапов экстракорпорального оплодотворения и криоконсервации эмбрионов без последующего переноса эмбрионов

(4-го этапа), оплата случая осуществляется по КСГ № 5 «Экстракорпоральное оплодотворение» без применения КСЛП.

В случае, если базовая программа экстракорпорального оплодотворения была завершена по итогам 1-го этапа (стимуляция суперовуляции), к КСГ № 5 применяется КСЛП в размере 0,6.

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла экстракорпорального оплодотворения и криоконсервации эмбрионов, к КСГ применяется повышающий КСЛП в размере 1,1.

При этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. В случае, если женщина повторно проходит процедуру экстракорпорального оплодотворения с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № 5 с применением КСЛП в размере 0,19.

3.13.1.7. Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затроемкости 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 медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 658,53 руб.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 708,58 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. Тарифы на виды высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые в стационарных условиях на территории Республики Дагестан и включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования представлены в Приложении №27.

3.16. Не является обязательством СМО и ТФОМС РД оплата объемов медицинской помощи, необоснованно предоставленной сверх показателей государственного задания.

3.16.1. В соответствии с частью 6 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, пунктами 110, 123 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н, оплата медицинской помощи в рамках Территориальной программы осуществляется на основании представленных медицинской организацией [реестров](#) счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии.

3.16.2. Объемы медицинской помощи, утвержденные решением Комиссии

для МО, являются неотъемлемой частью договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (пункт 4.1 и приложение № 1 к типовому договору, утвержденному приказом Минздрава РФ от 24.12.2012 г. № 1355н). В соответствии с пунктом 123 Правил ОМС и согласно форме типового договора, 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 медицинской организации 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).

3.16.3. Согласно пункту 123 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.

3.16.4. 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 ФФОМС 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 медицинскими организациями.

3.16.4.1. Согласно [приказу](#) Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» 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.

3.16.4.2. Если в реестрах счетов прошедшего месяца, предъявленные к оплате объемы и стоимость медицинской помощи нарастающим итогом превышают соответствующие плановые показатели, такие реестры признаются не прошедшими процедуру форматно-логического контроля и подлежат исправлению медицинской организацией с исключением из них превышающих объемов (по усмотрению медицинской организации).

3.16.5. Согласно приказу ФФОМС от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» факт предъявления к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии, является нарушением, дающим страховым медицинским организациям основание для применения финансовых санкций к медицинской организации.

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 приказом ФФОМС от 01.12.2010 г. №230 «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 13.12.2011 г. №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».

4.2. 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 объемов нарастающим итогом с начала года. 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 2018 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 обязательного медицинского страхования, осуществляются между ТФОМС РД и территориальными ФОМС в соответствии с порядком, предусмотренным ст.34

Закона № 326-ФЗ и пунктами 133-151 Правил обязательного медицинского страхования, из средств нормированного страхового запаса.

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 обязательного медицинского страхования Республики Дагестан путем размещения на собственном 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 настоящего соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в Министерство здравоохранения РД и ТФОМС РД для разъяснений. Указанными разъяснениями участники обязательного медицинского страхования 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 медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2018 году, с указанием медицинских организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь (в том числе оказывающих медицинскую реабилитацию), медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в амбулаторных условиях (в том числе имеющих прикрепленное население) и медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (Приложение №1);

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2018 году, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара в разрезе по уровням (Приложение №1.1);

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2018 году, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение №1.2);

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2018 году, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (Приложение №1.3);

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в 2018 году, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций (Приложение №1.4);

Коды тарифов и тарифы к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение №2);

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 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 11.04.2013 г. № 216 Н (Приложение №4);

Коды тарифов и тарифы к порядку проведения профилактического медицинского осмотра, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1011-Н от 06.12.2012 г. (Приложение №5);

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 на оказание неотложной медицинской помощи (Приложение №7);

Коды тарифов и тарифы на посещения с профилактической и иной 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 медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, оказанной в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение №12);

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (Приложения №13);

Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования (Приложение №14);

Коды тарифов и тарифы на оказание диагностических услуг (Приложение №15);

Тарифы на стационарную медицинскую помощь в Республике Дагестан на 2018 год в разрезе уровней (Приложение №16);

Тарифы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара в Республике Дагестан на 2018 год (Приложение №17);

Тарифы скорой медицинской помощи, дифференцированные по вызовам (Приложение №18);

Коды тарифов и тарифы на оплату стоматологической помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан (Приложение №19);

Тариф на подушевой норматив и вызов скорой медицинской помощи (Приложение №20);

Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи, оказанной в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение №21);

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (Приложение №22);

Перечень клинико-статистических групп и коэффициенты относительной затроемкости клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара (Приложение №23);

Перечень клинико-статистических групп и коэффициенты относительной затроемкости клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение №24);

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (Приложение №25);

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (Приложение №26);

Тарифы на виды высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые в стационарных условиях на территории Республики Дагестан и включенные в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции

Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (Приложение №27);

Тарифы по I этапу диспансеризации определенных групп взрослого населения по стоимости услуг на 2018 год (Приложение № 28).

СОГЛАСОВАНО:

Врио министра здравоохранения
Республики Дагестан

Ибрагимов Т.И.

Заместитель министра
здравоохранения
Республики Дагестан

Мирзабеков Х.М.

Директор Территориального
Фонда обязательного
медицинского страхования
Республики Дагестан

Сулейманов М.В.

Заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Республики Дагестан

Ахмедов М-А. Г.

Заместитель председателя
Дагестанского республиканского
союза организаций профсоюзов

Билалов М.И.

Председатель Дагестанской
Республиканской организации
профсоюза работников
здравоохранения
Российской Федерации

Бучаева З.К.

Директор филиала
АО «МАКС-М»
в г. Махачкала

Омаров Ш.К.

Директор Дагестанского
филиала ООО ВТБ МС

Баркаев Г.С.

Председатель отделения
Первой Общероссийской
Ассоциации врачей
частной практики в РД



Аскерханов Г.Р.

Председатель Ассоциации
Врачей Республики Дагестан



Муртазалиев М.Г.