

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
на 2024 год**

г.Махачкала

«29» января 2024 г.

1. Общие положения

1.1.Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение,

Министерство здравоохранения Республики Дагестан в лице министра здравоохранения Республики Дагестан (председателя Комиссии) Беляевой Татьяны Васильевны, заместителя министра здравоохранения Республики Дагестан Мирзоева Аздара Ибадуллаевича;

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан Гудова Ахмеда Гаджиевича, заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан Ахмедова Махмуд-Али Гаджимагомедовича (секретаря Комиссии);

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

Дагестанская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Бучасвой Зумруд Камилловны;

Акционерное общество «Макс-М» в лице директора филиала акционерного общества «Макс-М» в г.Махачкале Залбекова Далгата Магомедовича и заместителя директора филиала Магомедовой Асият Магомедовны;

Региональная общественная организация «Дагестанское медицинское общество» в лице председателя правления Тапкаевой Хадижат Сулеймановны;

Региональное отделение общественной организации «Первая общероссийская ассоциация 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 на 2024 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

1.2. Нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение

Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

Федеральными законами:

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

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

постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023г. №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;

постановлением Правительства Республики Дагестан от 28.12.2023г. №539 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;

приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

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

от 10.02.2023г. №44н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

от 19.03.2021г. №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а так же ее финансового обеспечения»;

письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.01.2023г. №31-2/И/2-1075 и №00-10-26-2-06/749 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

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 2024 год, утвержденной постановлением Правительства Республики Дагестан от 28.12.2023г. №539, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа, 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, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также 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 лицам 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 Установление тарифов на оказание медицинской помощи и формирование Тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Минздрава России от 10.02.2023г. №44н, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Дагестан, образованной Постановлением Правительства Республики Дагестан от 31 мая 2012 г. № 194 (в ред. от 27.01.2023 г. №12).

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 ины-

ми нормативными правовыми документами в сфере ОМС, утвержденными в установленном порядке.

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 в установленном законодательством Российской Федерации порядке 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, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

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

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

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

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее также – КСГ, группа заболеваний, состояний) – 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);

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффи-

циента относительной затратноёмкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой;

Коэффициент относительной затратноёмкости – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСИ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации; (для Республики Дагестан 1,006);

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

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

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

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 генной 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.

Оплата медицинской помощи за услугу в условиях круглосуточного и дневного стационаров – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Тарифным соглашением.

Оплата медицинской помощи за услугу в амбулаторно-поликлинических условиях – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Законченный случай лечения в условиях круглосуточного и дневного стационаров – совокупность медицинских услуг по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки.

Законченный случай лечения в поликлинике (за исключением стоматологии) – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый на оказание стоматологической медицинской помощи, равный 10 минутам.

Прерванный случай – случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, самовольном уходе из медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня), за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, перечень групп которых представлен в Приложении № 34 к Тарифному соглашению.

Прикрепившееся население (прикрепленное население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, получающие медицинские услуги в медицинской организации по месту жительства (пребывания), работы или по выбору застрахованного лица и включенные в поименные списки, образующие участки обслуживаемого населения (фельдшерские, терапевтические (в том числе цеховые), педиатрические, врача общей практики (семейного врача), комплексные.

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – медицинские организации, организационная структура которых не предусматривает наличие участков прикрепленного населения.

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленного населения и размера подушевого норматива финансирования.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования – сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для определения объема подушевого финансирования.

Межучрежденные расчеты - расчеты за оказанную медицинскую помощь, осуществляемые между медицинскими организациями через страховые медицинские организации в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с тарифами, утвержденными настоящим Тарифным соглашением.

Детское население – застрахованные лица в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно.

Взрослое население – застрахованные лица в возрасте от 18 лет и старше.

Возраст пациента – возраст обратившегося застрахованного лица, определяемый на дату первичного обращения в медицинскую организацию (например, на дату первого посещения в обращении, на дату поступления в приемный покой и т.п.).

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

2.1. Общие положения

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

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Дагестан осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом требований Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021г. №231н.

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

Оплата медицинской помощи, оказанной МО застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату медицинской помощи в сфере ОМС в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС.

Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи по ОМС предоставляются ежемесячно в сроки, определенные Правилами ОМС.

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

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

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

Оплата осуществляется по полному тарифу, включающему статьи расходов, входящие в структуру тарифа утвержденную частью 7 ст.35 Закона № 326-ФЗ.

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Дагестан в зависимости от условий ее предоставления производится способами, представленными в подразделах: 2.2, 2.3, 2.4 настоящего Тарифного соглашения.

Перечень МО по условиям и уровням оказания медицинской помощи представлен в Приложениях № 1, 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.4.1, 1.5, 1.6.

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показате-

лей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

– за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

2.2.1. Для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, Территориальной программой установлены следующие нормативы объема:

- посещения с профилактической и иными целями;
- обращения по поводу заболевания;
- посещение при оказании неотложной медицинской помощи;
- диспансерное наблюдение;
- медицинская реабилитация.

2.2.2. Посещения с профилактической и иными целями включают:

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров;

- комплексные посещения для проведения диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- посещения с иными целями;

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров здоровья;

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием. Посещение среднего медицинского персонала подлежит оплате в случае ведения средним медицинским персоналом самостоятельного приема с последующей записью в медицинской карте амбулаторного пациента;

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи (за исключением комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в центрах амбулаторной онкологической помощи). В центрах амбулаторной онкологической помощи и консультативных поликлиниках прием врача-онколога и проведение КТ (МРТ) в один день одному застрахованному лицу предъявляются на оплату как две самостоятельные услуги и пересечением не считаются;

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

Оплата медицинских услуг Центров здоровья при первичном обращении граждан производится по тарифу законченного случая «Комплексное обследование в Центре здоровья», которое включает в себя полный комплекс диагностических услуг, предусмотренный соответствующими нормативными документами, и посещение врача, не более одного раза в год на 1 застрахованного. Оплата посещений в Центры здоровья с целью динамического наблюдения осуществляется по тарифу законченного случая «Динамическое наблюдение в Центре здоровья» в объеме не более двух случаев на каждого застрахованного в год и только после прохождения им ранее комплексного обследования.

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

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

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни

и не требующих экстренной медицинской помощи;

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

При оказании медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации применяется тариф на неотложную помощь в приемном отделении стационара. При этом минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом, проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований и оказание необходимой медицинской помощи.

Факт обращения пациента в приемное отделение/покой должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025-1/у), оформленной в приемном отделении/покое.

Причины отказа от госпитализации и факт оказания неотложной медицинской помощи должны быть подтверждены записями о результатах оказанной медицинской помощи в соответствующих журналах.

Посещения приемного покоя с последующей госпитализацией в одной медицинской организации оплате не подлежат.

В случае необходимости дополнительного проведения КТ/МРТ-исследования, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, данные услуги выполняются в приемном отделении стационара без направления, с подтверждением факта выполнения записями о результатах оказанной медицинской помощи в соответствующих журналах, и подлежат оплате по отдельному тарифу в рамках установленного объема и финансового обеспечения.

Оказание неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

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

Случаи оказания неотложной помощи в поликлинике и госпитализации пациента в стационар в этот день подлежат оплате по общим правилам возможности пересечения поликлинических посещений со стационарным лечением.

2.2.4. 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, включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар и включает в себя, в том числе проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии); проведение тестирования застрахованных лиц в амбулаторных условиях с целью выявления новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

2.2.5 Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц и включает посещения граждан, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц и проводится в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 4 июня 2020 г. №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», а также иными утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации порядками проведения диспансерного наблюдения.

Оплата диспансерного наблюдения производится за комплексное посещение по тарифам групп диспансерного наблюдения.

Комплексное посещение при диспансерном наблюдении – это медицинские мероприятия, включающие в себя посещение (или несколько посещений) врача и диагностические исследования (лабораторные и инструментальные, при необходимости) в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и клиническими рекомендациями.

Комплексные тарифы при диспансерном наблюдении включают расходы на посещение врачей и диагностические исследования, в том числе диагностические (лабораторных) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийно-

го (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии.

В рамках одного комплексного посещения проводится наблюдение пациента по одной нозологии. У пациента с несколькими заболеваниями сердечно-сосудистой системы может быть несколько комплексных посещений в один день.

2.2.6 Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях, в том числе реабилитация пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), включает набор необходимых консультаций специалистов, и специалистов мультидисциплинарной бригады, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях может проводиться на базе действующих отделений (кабинетов) физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа и других подразделений в соответствии с назначенными мероприятиями по медицинской реабилитации врачом реабилитологом.

При наличии показаний для получения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и наличии факторов, ограничивающих возможности пациента получить такую медицинскую реабилитацию, включая случаи проживания пациента в отдаленном от медицинской организации населенном пункте, ограничения в передвижении пациента, медицинская организация организует ему прохождение медицинской реабилитации на дому.

При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту могут предоставляться медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию.

Порядок организации медицинской реабилитации на дому, включая перечень медицинских вмешательств, оказываемых при медицинской реабилитации на дому, порядок предоставления пациенту медицинских изделий в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, установлен Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2.7. Оплата диагностических медицинских услуг осуществляется с использованием межучрежденческих расчетов в соответствии с тарифами, приведенными в Приложении №15 к настоящему Тарифному соглашению, а также за единицу объема медицинской помощи в соответствии с тарифами, приведенными в Приложении №16.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии,

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

Порядок направления на такие исследования устанавливается нормативно-правовым актом Министерства здравоохранения Республики Дагестан.

СМО осуществляют контроль за назначением, его обоснованностью, сроками ожидания, направлением на проведение и выполнение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с установленным порядком.

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом полимеразной реакции и на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, любым из методов, за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется в случае:

-наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19, респираторной вирусной инфекции, включая вирус гриппа;

-наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции COVID-19, респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

-положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции COVID-19, респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

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

При проведении пациенту прижизненного патологоанатомического исследования в амбулаторных условиях макро- и микроскопических изменений фрагментов тканей, органов используются следующие критерии учета:

при вырезке, проводке и микротомии – по числу объектов (объектом является один тканевой образец, залитый в один парафиновый или замороженный блок) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при окраске микропрепаратов (постановке реакций, определений) – по числу объектов, обработанных одной окраской (реакцией, определением) с последующим описанием материала в соответствии с необходимыми требованиями;

при пересмотре – описание представленного из одной зоны интереса биопсийного (операционного и диагностического) материала вне зависимости от объема и количества.

2.2.8. При оказании стоматологической медицинской помощи случаи обращения пациентов в медицинскую организацию в целях профилактики, диагностики и/или лечения заболеваний полости рта, слонных желез и челюстей, имеющих самостоятельное законченное значение, предъявляются к оплате в соответствии с Приложением №17.

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 №17

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

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

- при организации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации населения;
- в плано-профилактическом порядке в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, обследование пациентов по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций на стоматологическом приеме;
- при комплексном первичном обследовании ребенка.

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

2.2.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования, используется при оплате амбулаторной медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным лицам прикрепленным к медицинской организации на территории Республики Дагестан.

2.2.10. Перечень МО, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц и оказывающих амбулаторную помощь, представлен в Приложении №1.6.

2.2.11. Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования представлен в Приложении №23.

2.2.12. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным Приложением №2-в к Тарифному соглашению:

а) за комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аламинотрансферазы в крови, определение

активности аспаргатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови.

б) за единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования: - тест с 6 минутной ходьбой; - определение концентрации Д - димера в крови; - проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации; - проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации; - дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация) проводится в целях выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода репродуктивного, а также факторов риска их развития.

Первый этап диспансеризации включает:

а) у женщин прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом; пальпация молочных желез; осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование; микроскопическое исследование влагалищных мазков; цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки и цервикального канала (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, *virgo*). Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются); у женщин в возрасте 18 - 29 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции;

б) у мужчин прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Второй этап диспансеризации проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний включает:

а) у женщин: в возрасте 30 - 49 лет проведение лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции; ультразвуковое исследование органов малого таза в начале или середине менструального цикла; ультразвуковое исследование молочных желез; повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

б) у мужчин: спермограмму; микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции; ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки; повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин).

Оплата диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным приложением №2-г к Тарифному соглашению.

При отсутствии возможности оказания выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств, в рамках прохождения застрахованными лицами первого и второго этапов диспансеризации МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО.

В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объеме, либо при отсутствии возможности проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объеме по другой объективной причине (отсутствие специалиста, ответственного за проведение диспансеризации или медицинских осмотров и т.п.), медицинская организация, ответственная за организацию диспансеризации или медицинских осмотров, заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации или медицинских осмотров либо организует оказание необходимых медицинских услуг в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Оплата фактически выполненных по договору объемов медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, которая была привлечена к проведению отдельных осмотров, обследований при проведении профилактических мероприятий, включая углубленную диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры, профилактические осмотры несовершеннолетних, диспансеризацию определенных групп взрослого населения, диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, производится медицинской организацией, ответственной за организацию про-

филактических мероприятий, по тарифам посещений и тарифам диагностических услуг, в том числе включенных в состав тарифа комплексного посещения.

Если гражданин в течение года сменил медицинскую организацию в соответствии с его правом выбора медицинской организации, то оплате подлежит комплексное посещение по профилактическому осмотру или диспансеризации, предъявленное к оплате раньше.

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

2.2.14. Порядок оплаты с применением показателей результативности деятельности медицинской организации приведен в Приложении №24.

2.2.15. Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема - комплексное посещение (в расчете на одного пациента при групповых занятиях), включающее в среднем:

- 5 занятий по 4 часа и проверку дневников самоконтроля - для сахарного диабета 1 типа;

- 5 занятий по 3 часа и проверку дневников самоконтроля - для сахарного диабета 2 типа;

- 10 занятий по 2 часа и проверку дневников самоконтроля - для сахарного диабета у несовершеннолетних.

2.2.16. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;

- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторирование отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях.

Порядок взаиморасчетов за медицинскую помощь при проведении кон-

сультаций с применением телемедицинских технологий осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в рамках подушевого норматива финансирования (Приложение № 25 к Тарифному соглашению).

Для осуществления межучрежденческих расчетов используется тариф (Приложение № 30) - дистанционный консилиум (с участием более 2-х специалистов).

2.2.17. Оказание консультаций медицинского психолога проводится по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования и включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.18. Оплата медицинской помощи МО, не имеющим прикрепленное застрахованное население, осуществляется за посещение, обращение по поводу заболевания, лечебно-диагностические услуги в рамках проводимых межучрежденческих расчетов и (или) за единицу объема.

Порядок проведения межучрежденческих расчетов приведен в Приложении №25.

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

- за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами Республики Дагестан, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
- при прохождении застрахованными гражданами первого этапа профилактических медицинских осмотров;
- при прохождении застрахованными гражданами диспансеризации, в том числе второго этапа диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- при прохождении медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях);
- при прохождении диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- при получении медицинской помощи в рамках школ сахарного диабета;
- посещения и обращения по заболеванию в амбулаторных условиях по профилям «Стоматология», «Акушерство и гинекология»;
- за медицинскую помощь, оказанную в консультативных поликлиниках;

- за медицинскую услугу: услугу гемодиализа, перитонеального диализа;
- за медицинскую услугу: при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- за скрининговое исследование при диагностике заболеваний (новообразований) органов женской репродуктивной системы;
- за медицинскую услугу: при проведении позитронно-эмиссионной компьютерной томографии;
- за медицинскую помощь, оказанную в кабинетах охраны зрения детей.

2.3. Оплата медицинской помощи по ОМС, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа государственных гарантий) применяются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;
- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, прежде-

временной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 к Программе государственных гарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также коэффициентов относительной затратоемкости (далее – Перечень) приведен в Приложении 32 и не может быть изменен за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ.

2.3.2. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, приведен в Приложении №1.1., 1.2.

2.3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, по КСГ, предусмотренным Приложением № 4 к Программе, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень видов ВМП), включенных в базовую программу, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по Перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой установлен средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения Территориальную программу в сверх базовой программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в Территориальную программу сверх базовой программы;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.3.4. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, 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. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПП «Пульмонология». Аналогично оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», 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

«Гериатрия» соответственно.

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

Оплата медицинской реабилитации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется по стоимости КСГ, медицинская реабилитация в амбулаторных условиях оплачивается по тарифу за законченный случай лечения в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

2.3.6. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, за счет средств ОМС, осуществляется за законченный случай лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи страхования в рамках Раздела I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов (Приложение №35).

2.3.7. Проведение экстракорпорального оплодотворения застрахованным лицам проводится в условиях дневного стационара в рамках специализированной помощи и оплачивается по соответствующей КСГ.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

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

2.3.9. 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).

2.3.10. Особенности формирования КСГ и оплаты случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара приведены в Приложении №34.

2.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.4.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи) осуществляется:

-по подушевому нормативу финансирования;

-за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Дагестан, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.4.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи), лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, осуществляется по подушевому нормативу финансирования, в сочетании с оплатой за вызов (при проведении тромболитической терапии), в МО включенных в Перечень МО, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи (Приложении №1.5).

2.4.3 Порядок расчета и оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования приведен в Приложении №29.

2.4.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации осуществляется за вызов, по тарифу скорой медицинской помощи. (Приложение №27).

2.4.5. При оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, другими станциями и отделениями СМП оплата производится в рамках межучрежденческих взаиморасчетов за счет подушевого норматива финансирования за фактическое количество вызовов, в соответствии с Порядком проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями, приведенным в Приложении №25.

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

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

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи - группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов

медицинской организации по оказанию медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой.

3.2. Тарифы формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами ОМС, на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для всех страховых медицинских организаций, реализующих Территориальную программу.

3.3. Тарифы рассчитаны с учетом затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), мощности медицинских организаций, территориальной удаленности, фактически оказанных объемов медицинской помощи и плановых (прогнозных) показателей на 2024 год в пределах средств, предусмотренных в бюджете ГФОМС на выполнение Территориальной программы.

3.4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов, тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи,

включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования включают в себя 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), организацию 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.

3.5. 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.

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

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

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

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

3.6. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществля-

ется на основе следующих экономических параметров:

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратно-емкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

3.6.1 Размер норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного Территориальной программой на 2024 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – **43 341,4 руб.**;
- в условиях дневного стационара – **26 870,2 руб.**

3.6.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой на 2024 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – **7 400,9 руб.**;
- в условиях дневного стационара – **1 893,8 руб.**

3.6.3. Значения коэффициента дифференциации КД = 1,006

3.6.4. Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) на 2024 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара с учетом коэффициента дифференциации – **28 171,91 руб.**

- в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации – **28 003,89 руб.**

- в условиях дневного стационара с учетом коэффициента дифференциации – **16 122,10 руб.**

- в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации – **16 025,94 руб.**

3.6.5. Коэффициенты относительной затратно-емкости определены с учетом статей затрат, предусмотренных структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленной Федеральным законом № 326-ФЗ, выполнения целевых показателей уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», медицинских изделий и лекарственных, предусмотренных клиническими рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и

диетического профилактического питания - смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов¹, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания». Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ приведен в Приложении № 32 (для круглосуточного и дневного стационара).

3.6.6. Доля заработной платы в структуре затрат по перечню групп заболеваний в круглосуточном и дневном стационарах, состояний в разрезе КСГ приведена в Приложениях №30, 31, 32 соответственно.

3.6.7. Значения коэффициентов специфики по круглосуточному и дневному стационару приведены в Приложениях №30, 31 соответственно.

Коэффициент специфики устанавливается для конкретной КСГ для регулирования уровня госпитализации или стимулирования МО к внедрению конкретных современных методов лечения.

Коэффициент специфики применяется к КСГ или КПП в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется.

Значение коэффициента специфики – от 0,8 до 1,4.

3.6.8. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет:

- 1) для медицинских организаций 1-го уровня - 0,90;
- 2) для медицинских организаций 2.1-го уровня - 1,045;
- 3) для медицинских организаций 2.2-го уровня - 1,15;
- 4) для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах равен 1.

3.6.9. Коэффициент сложности лечения пациентов учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение не-

¹ Закупке подлежат специализированные продукты лечебного и диетического питания, смеси белковые композитные сухие, выпускаемые по ГОСТ 33933-2016 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Смесей белковых композитных сухих. Общие технические условия», и витаминно-минеральные комплексы, выпускаемые по ГОСТ Р 57106-2023 «Продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания. Комплексы витаминно-минеральные в лечебном питании. Технические условия» и ГОСТ Р 58040-2017 «Комплексы витаминно-минеральные. Общие технические условия».

скольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и его значения приведены в Приложении №33.

3.6.11. В стационарных условиях и в условиях дневного стационара расходы на медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий включены в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

3.6.12. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в ТП ОМС, а так же доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведены в Приложении №35.

3.7. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме, в том числе оказываемую структурными подразделениями медицинских организаций, а также обособленными структурными подразделениями медицинских организаций, размещенными в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

- расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- расходов на оплату медицинской помощи по профилю «нефрология» при проведении процедур диализа;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;
- расходов на стоматологическую помощь;
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую по профилю «акушерство и гинекология»;
- расходы на оплату медицинской помощи при прохождении застрахованными гражданами профилактических медицинских осмотров;
- расходы на оплату медицинской помощи при прохождении застрахованными гражданами диспансеризации, в том числе второго этапа диспансеризации, углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- расходы на оплату медицинской помощи по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- расходы на оплату медицинской помощи при прохождении медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях);
- расходы на оплату медицинской помощи в рамках школ сахарного диабета;
- расходы на оплату медицинской помощи в консультативных поликлиниках;
- расходы на оплату медицинской помощи при проведении скрининговых исследований при диагностике заболеваний (новообразований) органов женской репродуктивной системы;
- расходы на оплату медицинской помощи при проведении позитронно-эмиссионной компьютерной томографии;
- расходы на оплату медицинской помощи в кабинетах охраны зрения детей.

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 01.01.2024г. составляет **7 072,82** руб.

3.7.2. Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 01.01.2024г. составляет **1 913,44** руб. (Приложение № 19).

3.7.3. Коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их

содержание и оплату труда персонала, приведен в Приложении №20.

3.7.4. Значения коэффициента половозрастного состава и коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Дагестан, по каждой медицинской организации приведены в Приложении №19.

3.7.5. Коэффициенты половозрастного состава подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи приведены в Приложении №21.

3.7.6. Размер финансового обеспечения по типам ФАПов и ФП устанавливается в соответствии с обслуживаемым населением при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздрава России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Группа фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов по числу обслуживаемого (прикрепленного) населения	Поправочный коэффициент	Размер финансового обеспечения, тыс. руб.
		коэффициент дифференциации - 1,006
менее 100	0,5	618 941,50
100-899	1	1 237 883,00
900-1499	1	2 475 665,40
1500-2000	1	2 924 542,60
более 2000	1,5	4 386 813,90

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», и уровнем средней заработной платы на территории Республики Дагестан.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов включает в себя в том числе расходы на оказание медицинской помощи в неотложной форме.

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

3.7.7. Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок

осуществления выплат МО за достижение указанных показателей приведен в Приложении №24.

3.7.8. Тариф 1 УЕТ по стоматологии – **195,08** руб.

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

3.7.9. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется за законченный случай лечения и учитывается как комплексное посещение, включающее в себя не менее 10 посещений (в среднем 10–12 посещений). В случаях, когда комплекс мероприятий по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях оказан пациенту не в полном объеме, оплате подлежат случаи с фактической кратностью посещений (дней реабилитации):

3 дня и менее – 20% от стоимости комплексного посещения;

от 4 до 7 дней -50 % от стоимости комплексного посещения;

от 8 до 9 дней – 80% от стоимости комплексного посещения.

3.7.10. Оплата посещения кабинета охраны зрения детей осуществляется за законченный случай лечения и учитывается как комплексное посещение, включающее в себя не менее 10 посещений. В случаях, когда комплекс мероприятий оказан пациенту не в полном объеме, оплате подлежат случаи с фактической кратностью посещений (дней посещений):

3 дня и менее – 20% от стоимости комплексного посещения;

от 4 до 7 дней -50 % от стоимости комплексного посещения;

от 8 дней и более – 100% от стоимости комплексного посещения.

3.7.11. Тарифы за единицу объема в амбулаторных условиях приведен в Приложениях №2,3,4,5,6,11,12,13,14,16,17,18,37,39, а также в Приложениях №8 и №9 по профилю «Акушерство и гинекология».

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

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

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

3.8.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2024 год составляет **1 066,98** руб.

3.8.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2024 год составляет **1 059,01** руб. (Приложение №28).

3.8.3. Значения коэффициента половозрастного состава и коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Дагестан по каждой медицинской организации приведены в Приложении №28.

3.8.4. Коэффициенты половозрастного состава подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи приведены в Приложении №21.

3.8.5. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи приведены в Приложении № 27.

3.9. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи при оплате:

- а) скорой медицинской помощи – 3 679,2 рублей;
- б) посещений с профилактическими и иными целями – 917,3 рублей;
- в) профилактических медицинских осмотров – 2 253,6 рублей;
- г) диспансеризации – 2 751,6 рублей:
 - в том числе углубленная диспансеризация – 1 184,5 рублей;
- д) посещений с иными целями – 388,1 рублей;
- е) посещений в неотложной форме – 841,3 рублей;
- ж) обращений в связи с заболеваниями – 1 882,1 рублей;
- з) компьютерной томографии – 2 941,2 рублей;
- и) магнитно-резонансной томографии – 4 016,2 рублей;
- к) ультразвукового исследования – 593,9 рублей;
- л) эндоскопических диагностических исследований – 1 089,1 рублей;
- м) молекулярно-генетического исследования с целью диагностирования онкологических заболеваний – 9 145,9 рублей;
- н) патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью выявления онкологических заболеваний – 2 255,6 рублей;
- о) тестирования на выявление COVID-19 – 436,6 рублей;
- п) диспансерное наблюдение - 2 243,3 рублей:
 - в том числе по поводу онкологических заболеваний – 3 161,2 рублей;
 - в том числе по поводу сахарного диабета - 1 193,5 рублей;

- в том числе по поводу болезней системы кровообращения - 2 653,9 рублей;

п) обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 21 748,6 рублей.

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

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в Республике Дагестан проводится в форме медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2021г. №231п «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а так же ее финансового обеспечения», Правилами обязательного медицинского страхования утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019г. №108н, приказом Минздрава России от 16.03.2021г. №210н «Об утверждении порядка ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи».

4.1.1. В целях реализации пп.154,155 Правил ОМС №108н от 28 февраля 2019 года размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$
 где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{но},$$
 где:

H - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

PT_1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT_2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = RP \times K_{шт}, \text{ где:}$$

$C_{шт}$ - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

RP - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год (7 072,9 руб.), или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год (1 067,0 руб.), или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного (1 960,3 руб.) и круглосуточного стационаров (7 657,4 руб.), установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, для которого RP - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в Приложении 37.

4.1.2. В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

4.2. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры в соответствии с Приложением №37.

4.3. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан ежемесячно проводит мониторинг выполнения объемов и финансового обеспечения медицинской помощи (по условиям оказания) нарастающим итогом с начала года, с учетом ранее отклоненных от оплаты счетов, в пределах установленных на соответствующий период объемов и финансового обеспечения.

По результатам мониторинга ТФОМС РД ежемесячно восстанавливает объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи (по условиям оказания), ранее неприятые к оплате в связи с превышением, в пределах установленных Комиссией объемов и финансового обеспечения на соответствующий период.

Заключения по результатам медико-экономического контроля доводятся ТФОМС РД до СМО для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и оплаты оказанной медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

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 2024 года.

5.2. Изменения и дополнения в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

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

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

5.5. Настоящее Тарифное соглашение действует до вступления в силу

Тарифного соглашения в новой редакции.

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

5.7. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- перечень МО по условиям оказания медицинской помощи, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, в том числе оказывающих медицинскую помощь в рамках межучрежденческих взаиморасчетов (Приложение №1);
- перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара в разрезе по уровням (Приложение №1.1);
- перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение №1.2);
- перечень МО, в которых функционируют отделения амбулаторной травмы (Приложение №1.3);
- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепленного населения, оплата которой осуществляется за единицу объема (Приложение №1.4);
- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в консультативных поликлиниках и не имеющих прикрепленного населения, оплата которой осуществляется за единицу объема (Приложение №1.4.1);
- перечень МО, участвующих в подушном финансировании скорой медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС на территории Республики Дагестан (Приложение №1.5);
- перечень МО, имеющих прикрепленное население и участвующих в подушном финансировании амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, оказанной в сфере обязательного медицинского страхования по разным категориям населения в разрезе блоков (Приложение №1.6);
- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в кабинетах охраны зрения детей, оплата которой осуществляется за единицу объема (Приложение №1.7);

- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2);
- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения с использованием мобильных бригад в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2-а);
- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения, в том числе в вечерние часы и в субботу, в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2-б);
- коды и тарифы к порядку проведения Первого этапа углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (Приложение № 2-в);
- коды и тарифы исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (Приложение № 2-г);
- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Минздрава России № 72н от 15.02.2013г. (Приложение № 3);
- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации с использованием мобильных бригад пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Минздрава России № 72н от 15.02.2013г. (Приложение № 3-а);
- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Минздрава России № 72н от 15.02.2013г. (Приложение № 3-б);
- коды 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 Минздрава России № 275н от 21.04.2022г. (Приложение № 4);
- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации с использованием мобильных бригад 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 Минздрава России № 275н от 21.04.2022г. (Приложение № 4-а);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, 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 Минздрава России № 275н от 21.04.2022г. (Приложение № 4-б);

- коды и тарифы профосмотров взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение №5);

- коды и тарифы профосмотров взрослого населения с использованием мобильных бригад в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение №5-а);

- коды и тарифы профосмотров взрослого населения, в том числе в вечерние часы и в субботу, в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение №5-б);

- коды и тарифы к порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава России №514-н от 10.08.2017г. (Приложение №6);

- коды и тарифы к порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров с использованием мобильных бригад, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава России №514-н от 10.08.2017г. (Приложение №6-а);

- коды и тарифы к порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе в вечерние часы и в субботу, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Минздрава России №514-н от 10.08.2017 г. (Приложение №6-б);

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

- коды тарифов и тарифы на посещения с профилактическими и иными целями (Приложение №8);
- коды тарифов и тарифы на обращения по поводу заболевания, оказанные амбулаторно-поликлиническими учреждениями по ОМС (Приложение №9);
- коды тарифов и тарифы посещения на дому (Приложение №10);
- коды тарифов и тарифы для консультативных поликлиник (Приложение №11);
- коды тарифов и тарифы для школ сахарного диабета (Приложение №12);
- коды тарифов и тарифы на диспансерное наблюдение взрослого населения (Приложение №13);
- коды тарифов и тарифы на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях (Приложение №14);
- коды тарифов и тарифы на оказание диагностических услуг (Приложение №15);
- коды тарифов и тарифы на оказание отдельных диагностических исследований (Приложение №16);
- коды и количество УЕТ на стоматологические услуги, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан (Приложение №17);
- коды тарифов и тарифы на проведение процедуры гемодиализа (Приложение №18);
- дифференцированный подушевой норматив для МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (Приложение №19);
- перечень МО (отдельных структурных подразделений медицинских организаций), для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (Приложение №20);
- половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи (Приложение №21);
- тариф консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий с 01.01.2024 года (Приложение №22);
- порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на

- прикрепившихся лиц, в том числе с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (Приложение №23);
- порядок оплаты с применением показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение №24);
 - порядок проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями (Приложение №25);
 - перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения (Приложение №26);
 - тарифы скорой медицинской помощи, дифференцированные по вызовам (Приложение №27);
 - дифференцированный подушевой норматив финансирования для МО, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение №28);
 - порядок расчета и оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (Приложение №29);
 - тарифы на стационарную медицинскую помощь в Республике Дагестан в разрезе по уровням и подуровням (Приложение №30);
 - тарифы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара в Республике Дагестан (Приложение №31);
 - перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (Приложение №32);
 - перечень случаев, для которых установлен КСЛП (Приложение №33);
 - подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ или КППГ, в том числе прерванных случаев лечения (Приложение №34);
 - перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи на 2024 год (Приложение №35);
 - перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приложение №36);
 - тарифы скрининговых исследований при диагностике заболеваний (новообразований) органов женской репродуктивной системы (Приложение №37);
 - тариф консультации медицинского психолога в кабинете медико-психологического консультирования в амбулаторных условиях (Приложение №38);

- коды тарифов и тарифы комплексного посещения кабинета охраны зрения детей (Приложение №39).

Подписи сторон:

Министр здравоохранения
Республики Дагестан
(председатель Комиссии)

Беляева Т.В.

Директор Территориально-
го фонда обязательного
медицинского страхования
Республики Дагестан

Гудов А.Г.

Заместитель министра
здравоохранения Респуб-
лики Дагестан

Мирзоев А.И.

Заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицин-
ского страхования Респуб-
лики Дагестан (секретарь
Комиссии)

Ахмедов М.-А.Г.

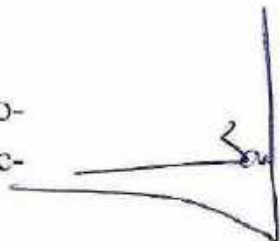
Заместитель председателя
Дагестанского республи-
канского союза организа-
ций профсоюзов

Билалов М.И.

Председатель Дагестан-
ской республиканской ор-
ганизации профсоюза ра-
ботников здравоохранения
Российской Федерации

Бучаева З.К.

Директор филиала акционерного общества «Макс-М» в г. Махачкале



Залбеков Д.М.

Заместитель директора филиала акционерного общества «МАКС-М» в г. Махачкале

Магомедова А.М.

Председатель регионального отделения общественной организации «Первая общероссийская ассоциация врачей частной практики» в Республике Дагестан



Аскерханов Г. Р.

Председатель правления региональной общественной организации «Дагестанское медицинское общество».



Танкаева Х.С.