

Дополнительное соглашение
к ГЕНЕРАЛЬНОМУ
ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ от 29.12.2018г.

от «15» марта 2019 г.

г. Назрань

Настоящее Дополнительное соглашение заключено в соответствии с подпунктом 5.2 пункта 5 Генерального тарифного соглашения от 29.12.2018г.

Заместитель Председателя Правительства Республики Ингушетия, в лице Газдиевой М.Б., министр здравоохранения Республики Ингушетия, в лице Арапхановой М.Я., директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в лице Зязикова Х.И., заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в лице Мальсагова М.Х., директор филиала страховой компании ЗАО «МАКС-М» г. Назрань, в лице Дзаурова Х.А., заместитель директора филиала страховой компании ЗАО «МАКС-М» г. Назрань, в лице Гадаборшевой М.Б., председатель профкома ГБУЗ «ИРКБ», в лице Цолоевой А.М., председатель первичной профсоюзной организации ГБУЗ «Республиканская поликлиника», в лице Саговой Ф.М., заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ «Назрановская городская больница», в лице Куриевой М.М., заместитель главного врача по консультативной работе ГБУЗ «Ингушская республиканская клиническая больница», в лице Дзейговой Б.С., председатель региональной общественной организации «Врачебная палата Республики Ингушетия, в лице Дидиговой Р.Т., заместитель председателя региональной общественной организации «Врачебная палата Республики Ингушетия, в лице Угурчиевой З.О., именуемые в дальнейшем Стороны, заключили дополнительное соглашение к Генеральному тарифному соглашению от 29.12.2018г. (далее – СОГЛАШЕНИЕ) о нижеследующем:

- абзац 3 подпункта 3.1. пункта 3 Генерального тарифного соглашения от 29.12.2018г. изложить в следующей редакции: «Установление тарифов на

отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года N 804н.»;

- Приложения № 1,2,4,5,6,15 к Генеральному тарифному соглашению от 29.12.2018г. изложить согласно Приложениям № 1,2,3,4,5,6 к настоящему Дополнительному соглашению соответственно;

- Приложение 16 исключить.

Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания сторонами и распространяется на правоотношения, возникающие с 01.01.2019 года.

Председатель комиссии –
заместитель Председателя Правительства
Республики Ингушетия

Газдиева М.Б.

Министр здравоохранения
Республики Ингушетия

Арапханова М.Я.

Директор Территориального фонда ОМС
Республики Ингушетия

Зязиков Х.И.

Заместитель директора Территориального
фонда ОМС Республики Ингушетия

Мальсагов М.Х.

Директор филиала страховой
компания АО «МАКС-М» г.Назрань

Дзауров Х.А.

Заместитель директора филиала
страховой компании АО «МАКС-М» г.
Назрань

Гадаборшева М.Б.

Председатель профкома ГБУ «Ингушская
республиканская клиническая больница»

Цолоева А.М.

Председатель первичной профсоюзной
организации ГБУ «Республиканская
поликлиника»



Сагова Ф.М.

Заместитель главного врача по
консультативной работе ГБУ «Ингушская
республиканская клиническая больница»



Дзейгова Б.С.

Заместитель главного врача по
экономическим вопросам ГБУЗ
«Назрановская городская больница»



Куриева М.М.

председатель региональной общественной
организации «Врачебная палата
Республики Ингушетия



Дидигова Р.Т.

заместитель председателя региональной
общественной организации «Врачебная
палата Республики Ингушетия



Угурчиевой З.О.

секретарь комиссии - главный специалист
отдела формирования тарифов и
администрирования доходов бюджета
ФОМС



Гайсанова З.М.

**Порядок
применения тарифов на оплату медицинской помощи взрослому и детскому
населению в медицинских организациях стационарного типа**

1. Общие положения

Оплата стационарной медицинской помощи осуществляется:

- за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний и предусматривает применение тарифов в соответствии с клинико-профильными группами (далее – КППГ) и клинико-статистическими группами (далее – КСГ) в соответствии с Приложением №4;

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

Оплата стационарной медицинской помощи и медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется за законченный случай лечения, включенного в соответствующую КППГ и КСГ во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения в соответствии с Приложением № 18 к Генеральному тарифному соглашению.

Законченный случай лечения в стационаре - совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) 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 выбытия (выписки, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

Тарифы предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

Средний размер финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия составляет 4 554,36 рублей.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КПП составляет 25 925,04 рублей.

Оплата медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия осуществляется в соответствии со структурой тарифа и способом оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения на основе КПП и КСГ заболеваний.

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, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

При формировании счета по конкретному страховому случаю, медицинская организация из перечня основных тарифов выбирает тарифы в соответствии с профилем отделения (профилем койки), в котором оказана медицинская помощь.

Все заболевания 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 заболевания к конкретной КПП не учитывается (при оказании медицинской помощи на терапевтических койках пациенту с диагнозом "Бронхиальная астма", который относится к КПП "Пульмонология", оплата производится по соответствующей койкам КПП, вне зависимости от того, что данное заболевание входит в КПП "Пульмонология").

Исключением являются профиль "Медицинская реабилитация" и "Герiatrics", лечение в рамках которых осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на

оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия" соответственно.

Если предметом основных лечебно-диагностических мероприятий в рамках конкретного страхового случая явилось не основное заболевание, а сопутствующее (конкурирующее) заболевание, состояние или синдром, то при условии наличия заключения врачебной комиссии МО применяется тариф, предназначенный для этого состояния или заболевания.

Прерванный случай лечения - случай оказания медицинской помощи при длительности лечения ниже минимальной длительности по порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, протоколами лечения и (или) клиническими рекомендациями (летальный исход, самовольный уход, письменный отказ от дальнейшего лечения, выписка по семейным обстоятельствам, перевод в другое учреждение по желанию пациента и другие случаи), при котором не достигнут планируемый результат.

Минимальная длительность лечения минимально необходимый срок лечения, при котором гарантируется выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий, описанный в клинической части порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения), и достигнут планируемый результат.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КПП, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее 80% от стоимости КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней 90% от стоимости КПП.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 50% от стоимости КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней 70% от стоимости КПП.

Группы круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в таблице ниже.

Перечень групп заболеваний круглосуточного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

№пп	Наименование групп заболеваний
1	Осложнения, связанные с беременностью
2	Беременность, закончившаяся абортным исходом
3	Родоразрешение
4	Кесарево сечение
5	Операции на женских половых органах (уровень 1)
6	Операции на женских половых органах (уровень 2)
7	Ангинефротический отек, анафилактический шок
8	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
9	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
10	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
11	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
12	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
13	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
14	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
15	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
16	Сотрясение головного мозга
17	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
18	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
19	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
20	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
21	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
22	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
23	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
24	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
25	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
26	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
27	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
28	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
29	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
30	Замена речевого процессора
31	Операции на органе зрения (уровень 1)

32	Операции на органе зрения (уровень 2)
33	Операции на органе зрения (уровень 3)
34	Операции на органе зрения (уровень 4)
35	Операции на органе зрения (уровень 5)
36	Операции на органе зрения (уровень 6)
37	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
38	Отравления и другие воздействия внешних причин
39	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
40	Операции на органах полости рта (уровень 1)
41	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
42	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
43	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

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

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

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например*: удаление

первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

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

Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КПП, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КПП.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КПП, формируемой по коду МКБ 10.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным

в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи. Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КПП исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Оплата случая лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КППГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

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

Базовый тариф на оплату гемодиализа 5 979,3 рублей.

Учитывая пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Оплата случаев лечения по профилю "Акушерство и гинекология"

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

Оплата одного пролеченного как по двум случаям таким как: «Осложнения, связанные с беременностью» и «Родоразрешение», «Осложнения, связанные с беременностью» и «Кесарево сечение» возможна при дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

В случаях, не предусмотренных данным Порядком, страховые медицинские организации (далее – СМО) и МО руководствуются нормами, установленными нормативными документами, регламентирующими работу в сфере ОМС Республики Ингушетия, и настоящим ГТС.

Перечни МО и уровни оказания медицинской помощи стационарных условиях, приведены в **Приложении № 14** к ГТС на 2019 год.

2. Порядок применения тарифов на стационарную медицинскую помощь

2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях населению в объеме Территориальной программы ОМС, в соответствии с Приложением № 4, 17 к ГТС на 2019 год применяются в МО стационарного типа.

Уровни оказания медицинской помощи и поправочные коэффициенты оплаты КПП для расчета законченного случая по медицинским услугам, оказываемым за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на территории Республики Ингушетия установлены в соответствии с Приложением №14.

Коэффициенты относительной затратоемкости КПП установлены в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренные решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 12 ноября 2018 года № 66/11/15).

2.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в МО стационарного типа в объеме Территориальной программы ОМС в соответствии с Приложением № 4, 17 применяются всеми МО стационарного типа.

Оплата медицинской помощи при отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде, осуществляется при соответствии диагнозов, установленных у новорожденных в первые 168 часов от момента рождения.

В случае, если диагноз был поставлен в стационаре ребенку по истечении 168 часов с момента рождения, оплата по тарифам с вышеуказанными кодами, должна быть подтверждена результатами экспертизы качества медицинской помощи.

Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, установлены в Приложении № 17 к ГТС на 2019 год и являются тарифами за законченный случай лечения. Предъявление к оплате МО оказанной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется отдельными реестрами.

2.3. При предъявлении к оплате медицинской помощи по тарифам в соответствии с Приложением № 4,17 дополнительные тарифы за анестезиологические, реанимационные пособия, и дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги не применяются.

Длительность лечения исчисляется в календарных днях, включая выходные и праздничные дни. День поступления и день выписки считаются за 1 день лечения.

Порядок
применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату
медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в условиях
дневного стационара, вне медицинской организации
(скорая медицинская помощь)

1. Общие положения

Настоящий Порядок определяет порядок применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, на оказание скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации.

В системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия применены следующие способы оплаты медицинской помощи.

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за посещение в сочетании с оплатой по подушевому нормативу финансирования;
- за законченный случай комплексного обследования по диспансеризации и профилактическим осмотрам и комплексного обследования в центре здоровья;
- за единицу объема исследований магниторезонансной и компьютерной томографии;
- за процедуру проведения гемодиализа и гемодильтрации.

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - за вызов скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой по подушевому нормативу финансирования.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения, на основании клинико-профильной группы заболеваний и клинико-статистических группы заболеваний.

Тарифы, финансовые и подушевые нормативы на оплату медицинской помощи предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, а также в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат, в том числе:

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

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушеркам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В случаях, не предусмотренных данным Порядком, при расчетах за первичную врачебную медико-санитарную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь применяются нормы, установленные нормативными документами, регламентирующими работу в системе ОМС Республики Ингушетия, и настоящим ГТС.

2. Основные понятия

Врачебное посещение – это прием (осмотр, консультация) пациента врачом с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Прием (осмотр, консультация) – это производимые по определенному плану действия врача, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, дающие возможность составить представление о состоянии организма пациента, результатом которых является профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания, синдрома.

В комплекс медицинских услуг, относящихся к врачебному посещению, наряду с непосредственно услугой врачебного осмотра (первичного или повторного), входят назначенные врачом по результатам последнего и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги (диагностика ультразвуковая, рентгеновская, функциональная и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.), услуги эндоскопические, услуги лабораторной диагностики (клинико-диагностические исследования, бактериологические исследования, биохимические исследования, иммуносерологические исследования, цитологические исследования и т.п.), и т.д.

Все услуги, относящиеся к врачебному посещению (оказанные непосредственно врачом и услуги, назначенные по результатам его консультации), должны быть зафиксированы в медицинской карте с определением состояния организма пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр/ консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате посещения.

Врачебные посещения разделяются по месту оказания услуг:

- в медицинской организации;
- на дому.

3. Порядок учета объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Учет объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях,

осуществляется по следующим показателям:

а) посещение:

- с профилактической целью;
- в связи с оказанием неотложной помощи;
- с иными целями

б) обращение по поводу заболевания.

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

- центров здоровья;
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с диспансерным наблюдением;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами, **предварительными и периодическими осмотрами несовершеннолетних** в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает:

- разовые посещения по поводу заболевания (посещения среднего медицинского персонала);
- посещения, связанные с диагностическим обследованием;
- направления на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар;
- получение справки, в том числе справки по форме № 086/у лицами до 19 лет включительно, санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

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

К посещениям в связи с оказанием неотложной помощи относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины):

- 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.

Медицинские организации (далее - МО) ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, неотложной медицинской помощи, иными целями и обращений по поводу заболеваний. Первичный учет врачебных посещений в МО ведется путем заполнения «Талона амбулаторного пациента».

Не подлежат учету как посещения врачей:

- обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебной комиссией (ВК).

По одному поводу обращения может быть сделано несколько тарифицированных посещений к одному или нескольким специалистам. Посещение в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение (за исключением посещений к врачу стоматологу).

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия 3 991,139 рублей, в том числе:

- профилактическая медицинская помощь 1338,51 рублей;
- неотложная медицинская помощь 335,65;
- обращения по поводу заболеваний 2 282,67 рублей.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, на прикрепившихся лиц 2 282,673 рублей.

4. Порядок применения тарифов за врачебные посещения, в том числе при оказании-стоматологической медицинской помощи

4.1. Тарифы за врачебные посещения установленные в **Приложении № 7** к ГТС на 2019 год применяются для оплаты первичной врачебной медико-санитарной и первичной специализированной медико-санитарной помощи **не прикрепленному населению**, оказываемой врачами соответствующих специальностей, ведущими амбулаторный, в том числе консультативный прием, (терапевт, педиатр, хирург, акушер-гинеколог, уролог и т.д.) и (или) осуществляющими врачебную помощь при вызовах на дом.

4.2. При выставлении счетов размер суммы, предъявляемой к оплате, исчисляется исходя из тарифов за врачебные посещения, действующие на дату посещения, с учетом имеющихся у медицинских организаций лицензий на осуществление соответствующих видов медицинской деятельности.

При решении вопроса об обоснованности выставления счетов за врачебное посещение необходимо руководствоваться правильно заполненной медицинской картой и талоном амбулаторного пациента.

4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи при проведении профилактических осмотров взрослых и детей в соответствии с **Приложением № 12** к ГТС на 2019 год применяются медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению при проведении профилактических осмотров в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» и от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

4.4. Тариф в соответствии с **Приложением № 8,9** к ГТС на 2019 год применяется за законченный случай проведения диспансеризации прибывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, за законченный случай

проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения.

4.5. При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ), которые используются для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по посещениям осуществляется с учетом УЕТ. При этом для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 3,9. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной, специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ утвержден Приложением №19 к ГТС.

5. Порядок применения тарифов за диагностические исследования

Тарифы за диагностические исследования установленные в **Приложении № 10** к ГТС на 2018 год применяются в случае проведения указанных исследований по направлению, оформленному лечащим врачом, а также по назначению специалистов указанных МО, в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Ингушетия;

Тарифы за диагностические исследования применяются в том случае, если МО проводит исследования на диагностическом оборудовании, находящемся на балансе данной МО.

6. Порядок применения тарифов за законченный случай лечения в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара

Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара установлены в **Приложении № 5** к ГТС на 2019 год.

Тарифы за законченный случай лечения в дневном стационаре применяются при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в МО, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КПП/КСГ составляет 14 309,3 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 1 123,5 рублей.

Оплата за лечение в дневном стационаре производится путем применения тарифов в соответствии с клинико-профильными и клинико-статистическими группами. Длительность лечения отражается в календарных днях, при этом учитываются все дни лечения, включая выходные и праздничные дни, от поступления больного в дневной стационар до его выписки. День поступления и день выписки в дневном стационаре считаются за 2 дня лечения. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на территории Республики Ингушетия устанавливается в размере 1,0.

При формировании счета по конкретному страховому случаю, медицинская организация из перечня основных тарифов выбирает тарифы в соответствии с профилем отделения (профилем койки), в котором оказана медицинская помощь.

Все заболевания 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 заболевания к конкретной КПП не учитывается. (при оказании медицинской помощи на терапевтических койках пациенту с диагнозом "Бронхиальная астма", который относится к КПП "Пульмонология", оплата производится по соответствующей койкам КПП, вне зависимости от того, что данное заболевание входит в КПП "Пульмонология").

Исключением являются профиль "Медицинская реабилитация" и "Герiatrics", лечение в рамках которых осуществляется только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" и "Герiatrics" соответственно.

Если предметом основных лечебно-диагностических мероприятий в рамках конкретного страхового случая явилось не основное заболевание, а сопутствующее (конкурирующее) заболевание, состояние или синдром, то при условии наличия заключения врачебной комиссии МО применяется тариф, предназначенный для этого состояния или заболевания.

Прерванный случай лечения - случай оказания медицинской помощи при длительности лечения ниже минимальной длительности по порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, протоколами лечения и (или) клиническими рекомендациями (летальный исход, самовольный уход, письменный отказ от дальнейшего лечения, выписка по семейным обстоятельствам, перевод в другое учреждение по желанию пациента и другие случаи), при котором не достигнут планируемый результат.

Минимальная длительность лечения минимально необходимый срок лечения, при котором гарантируется выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий, описанный в клинической части порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения), и достигнут планируемый результат.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КПП, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее 80% от стоимости КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней 90% от стоимости КПП.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 50% от стоимости КПП;

- при длительности лечения более 3-х дней 70% от стоимости КПП.

Группы круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в таблице ниже.

Перечень групп заболеваний по которым в условиях дневного стационара оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

Осложнения беременности, родов, послеродового периода
Аборт медикаментозный
Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*
Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
Замена речевого процессора
Операции на органе зрения (уровень 1)
Операции на органе зрения (уровень 2)
Операции на органе зрения (уровень 3)
Операции на органе зрения (уровень 4)
Операции на органе зрения (уровень 5)
Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
Отравления и другие воздействия внешних причин
Операции на органах полости рта (уровень 1)

Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловленное возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КПП, за исключением прерванных случаев.

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

Оплата по двум КПП осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

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

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

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

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

Оплата случая лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

Тарифы «**Прием в центре здоровья**» применяются при оказании медицинских услуг в «Центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в МО согласно **Приложения № 13** к ГТС на 2019 год.

Тариф за законченный случай оказания медицинской помощи в отделении эфферентной хирургии и диализа крови применяется согласно приложения №11 к ГТС на 2019 год.

7. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

7.1. Настоящий Порядок определяет механизм оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинскими организациями или их структурными подразделениями, по подушевому нормативу финансирования на застрахованных прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, за обращение (законченный случай).

7.2. Подушевое финансирование в рамках реализации Территориальной программы ОМС Республики Ингушетия применяется в части оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в том числе посещения в связи с диспансерным наблюдением. Подушевое финансирование не применяется при оплате неотложной медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими целями (посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактических осмотров), за исключением посещения в связи с диспансерным наблюдением, услуги стоимости гемодиализа, гемодиафильтрации, стоимость МРТ и КТ исследований.

7.3. В настоящем Порядке используются следующие термины и определения:

Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи - способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, зависит от численности прикрепленных к Медицинской организации застрахованных лиц, половозрастного состава и размера подушевого норматива финансирования по ОМС.

Медицинская организация – Фондодержатель (далее - *МО* -

Фондодержатель) – медицинская организация - юридическое лицо, в том числе имеющее в своем составе амбулаторно-поликлиническое структурное подразделение, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, к которому прикрепилась (которое выбрали) застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в установленном порядке. Оплата медицинской помощи в МО - Фондодержателе осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Прикрепленное население при осуществлении подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи (далее - прикрепленное население) - застрахованные лица, прикрепленные по территориальному принципу к МО - Фондодержателю, либо выбравшие МО - Фондодержателя в соответствии с действующим законодательством и нормативными правовыми актами.

Застрахованное лицо – гражданин, застрахованный по ОМС в Республике Ингушетия в соответствии с Федеральным Законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», прикрепившийся к МО - Фондодержателю (выбравший МО - Фондодержателя) для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в установленном порядке.

Медицинские организации – Исполнители (далее - МО - Исполнитель) – медицинские организации, оказывающие застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю, внешние медицинские услуги.

Внешние медицинские услуги – амбулаторно-поликлинические услуги в части медицинской помощи за исключением неотложной медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими целями (посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактических осмотров) и иными целями (посещения связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получение справки, санаторно-курортной карты и другой медицинской документации, разовые посещения по поводу заболевания (посещения среднего

медицинского персонала, в том числе ФАПов), услуги стоимости гемодиализа, гемодиализации, стоимость МРТ и КТ исследований, а также при оплате специализированных и консультативных медицинских услуг, оказываемых специализированными медицинскими учреждениями не имеющих прикрепившихся лиц за исключением обращений по поводу заболеваний, оказанные в МО - Исполнителем застрахованным лицам, прикрепившимся к МО – Фондодержателю, за счет средств МО - Фондодержателя, полученных им на основе подушевого норматива финансирования. Внешние медицинские услуги оплачиваются по тарифу за медицинскую услугу, за посещение, за обращение».

Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи в сочетании с оплатой за медицинскую услугу, посещение, обращение – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, зависит от численности и половозрастного состава застрахованных лиц, прикрепленных к МО - Фондодержателю, размера подушевого норматива финансирования по ОМС, объема амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной врачами-специалистами, оплата услуг которых не включена в подушевой норматив финансирования и производится по тарифу за единицу объема медицинской помощи, а также объема внешних услуг, оказанных прикрепленному населению в МО – Исполнителях.

Подушевой норматив финансирования МО - Фондодержателя – норматив финансирования на одно застрахованное лицо в условиях подушевого финансирования, рассчитанный в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, и независящий от возраста и пола.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО - Фондодержателя – подушевой норматив финансирования на одно застрахованное лицо, рассчитанный в соответствии с Правилами ОМС, и предусматривающий различия на оказание медицинской помощи застрахованному лицу в зависимости от пола и возраста.

7.4. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной лицу, застрахованному на территории Республики Ингушетия, но не прикрепленному

к МО - Фондодержателю, а также лицу, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

7.5. Оплата медицинской помощи производится СМО в соответствии с заключенными с медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Оплата осуществляется в пределах средств, перечисляемых ежемесячно Территориальным фондом ОМС Республики Ингушетия в СМО согласно заявке на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь.

Финансирование МО-Фондодержателя складывается из:

- средств, полученных по подушевому нормативу;
- оплаты за медицинскую помощь, оказанную врачами, оплата услуг которых включена в подушевой норматив финансирования, застрахованным лицам, прикрепленным к другим медицинским организациям (внешние услуги) и не прикрепленным застрахованным лицам по установленным тарифам;
- оплаты за медицинскую помощь, оказанную врачами, оплата услуг которых не включена в подушевой норматив финансирования:
 - оплата неотложной медицинской помощи;
 - оплаты медицинских услуг, оказанных с профилактической целью;
 - оплаты медицинской помощи, оказанной с иными целями (посещения связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получение справки, санаторно-курортной карты и другой медицинской документации, разовые посещения по поводу заболевания (посещения среднего медицинского персонала, в том числе ФАПов);
 - оплата МРТ и КТ услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам;
 - оплата процедуры гемодиализа и гемодильтрации;
 - оплаты медицинских услуг лицам, застрахованным в других субъектах РФ.

7.6. Внешние медицинские услуги оплачиваются СМО МО –

Исполнителям за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь, по тарифам за единицу объема медицинской помощи, действующим для данных МО – Исполнителей.

7.7. МО - Фондодержатель ежемесячно представляет в СМО реестры медицинской помощи, оказанной врачами, оплата услуг которых включена в подушевой норматив финансирования.

7.8. Реестры заполняются по посещениям к врачам на основании данных первичной медицинской документации и другой отчетной документации.

7.9. Взаиморасчеты за внешние услуги, оказанные МО – Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю, проводит СМО. Внешние услуги оплачиваются СМО за посещение (законченный случай) по действующим тарифам и удерживаются из суммы окончательного расчета с МО - Фондодержателем.

8. Порядок определения подушевого финансирования МО - Фондодержателя с учетом половозрастной структуры прикрепленного населения в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

8.1. Подушевой норматив финансирования рассчитывается, исходя из годового объема финансовых средств, предназначенных на оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Ингушетия врачами, оплата услуг которых включена в подушевой норматив финансирования, по формуле:

$$\text{ПНср.утв.} = V_{\text{ам}}/Ч_{\text{н}}/12 \quad (1),$$

где:

ПНср.утв. – средний подушевой норматив финансирования;

V_{ам} - годовой объем финансовых средств, предназначенных на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по подушевым нормативам финансирования;

Ч_н - численность застрахованных лиц Республики Ингушетия по

состоянию на 01.01.2018 года.

Средний размер финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 3 991,139 рублей.

Средний размер (базового) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, на прикрепившихся лиц составляет 2 282,673 рублей.

При расчете объема финансовых средств, предназначенных на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по подушевым нормативам финансирования, не учитываются средства:

- на оплату неотложной медицинской помощи;
- на оплату медицинских услуг, оказанных с профилактической целью;
- на оплату медицинских услуг, оказанных с иными целями;
- на оплату диагностических услуг (МРТ и КТ), оплачиваемых по отдельным тарифам;
- на оплату процедуры гемодиализа и гемодиализации;
- на оплату медицинских услуг лицам, застрахованным в других субъектах Российской;

Подушевой норматив финансирования включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО-Фондодержателя, а также средства на оплату внешних услуг, оказанных в амбулаторных условиях прикрепленным к МО - Фондодержателю лицам МО - Исполнителями.

8.2. При подушевом финансировании МО - Фондодержателя устанавливается размер финансовых средств, предназначенных для финансирования оказания медицинской помощи по ОМС прикрепившихся к МО - Фондодержателю застрахованных лиц, учитываются различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам населения в зависимости от пола, возраста, а также интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для МО – Фондодержателя.

8.3. Размер финансового обеспечения по подушевому нормативу может рассчитываться периодически на основании данных о прикреплении застрахованных к МО.

В данном случае подушевой норматив выполняет функцию тарифов за оказанную медицинскую помощь.

8.4. Расчеты между СМО и МО - Фондодержателем ведутся в режиме «аванс-отчет» ежемесячно. Авансирование МО - Фондодержателя производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

8.5. По окончании каждого месяца МО - Фондодержатель и МО - Исполнитель представляют в СМО реестры за пролеченных застрахованных лиц.

8.6. СМО оплачивают МО - Исполнителям внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО - Фондодержателю лицам по направлениям, выданным МО - Фондодержателем и по иным основаниям, установленным законодательством Российской Федерации.

После предъявления реестров МО - Исполнителями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, СМО в срок не позднее 12-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, направляет полученные от МО-Исполнителей персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах каждой МО-Фондодержателю, прикрепленным лицам которой были оказаны внешние медицинские услуги данным МО-Исполнителем. Реестр медицинской помощи, оказанной МО - Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю а также Информационный лист по оплате счетов медицинских организаций-Исполнителей за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, прикрепленным к Фондодержателю составляются по форме, утвержденной Территориальным фондом ОМС Республики Ингушетия, и направляются МО - Фондодержателю.

МО-Фондодержатель проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах МО-Исполнителем на соответствие собственному учету выписанных первичных направлений прикрепленных лиц и возможных самообращений в МО-Исполнитель населения, прикрепленного к МО - Фондодержателю.

В случае несогласия с предъявленной СМО информацией до направления «Листа разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» МО-Фондодержатель и МО-Исполнитель предпринимают все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестрам счетов, предъявленным на оплату. По результатам проведенной работы соответствующие отметки вносятся в «Лист разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю», который согласовывается МО - Исполнителем и МО - Фондодержателем и в срок не позднее 17-го рабочего дня после окончания отчетного периода, направляется в СМО. По позициям, которые имеют соответствующую отметку в «Листе разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» СМО путем проведения повторного медико-экономического контроля удерживает необоснованно предъявленную к оплате медицинскую помощь МО-исполнителя а также, на основании проведенного повторного медико-экономического контроля производит корректировку объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя с учетом внешних услуг в следующем отчетном периоде.

При невозможности разрешения спорных вопросов между МО-Фондодержателем и МО-Исполнителем, МО - Фондодержатель в срок не позднее 17-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет в СМО «Лист разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» по форме, утвержденной Территориальным фондом ОМС

Республики Ингушетия с приложением подтверждающих разногласия документов. СМО на основании «Листа разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» проводит медико-экономическую экспертизу обоснованности оказания оспариваемых внешних медицинских услуг в течение 30 рабочих дней после получения «Листа разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю». Результаты медико-экономической экспертизы учитываются при оплате за оказанные внешние медицинские услуги, а также при расчете объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя в следующем отчетном периоде после ее проведения.

8.7. Окончательный расчет с Фондодержателем, в части подушевого финансирования, определяется по формуле (2):

$$OK_{\text{смо}i} = C_{\text{смо}i} + \sum_{\text{нпссмо}i} - \sum_{\text{вуссмо}i} - \sum_{\text{мэкфд}} - A_{\text{смо}i} \quad (2),$$

где:

$OK_{\text{смо}i}$ - сумма окончательного расчета с МО - Фондодержателем по подушевому нормативу;

$C_{\text{смо}i}$ - объем финансирования по подушевому нормативу;

$\sum_{\text{нпссмо}i}$ - принятая СМО_i к оплате сумма, за услуги, оказанные МО - Фондодержателем неприкрепленным застрахованным гражданам;

$\sum_{\text{вуссмо}i}$ - принятая СМО_i к оплате сумма, за внешние услуги, оказанные МО - Исполнителем застрахованным, прикрепленным к МО - Фондодержателю;

$\sum_{\text{мэкфд}}$ - суммы, удержанные по результатам МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, проведенной у МО - Фондодержателя в части подушевого финансирования;

$A_{\text{смо}i}$ - авансовый платеж СМО_i в части подушевого финансирования.

По результатам расчетов за каждый месяц с МО - Исполнителем и с учётом результатов МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, оказанной застрахованным лицам, СМО определяет сумму окончательного расчета с МО - Фондодержателем. Окончательный расчет оформляется в виде Акта в соответствии с формой,

утвержденной Территориальным фондом ОМС Республики Ингушетия, который направляется МО – Фондодержателю.

8.8. В случае если сумма окончательного расчета сложилась отрицательной, то при авансировании следующего месяца аванс уменьшается на эту сумму.

8.9. МО - Фондодержатель обязан провести анализ Акта окончательного расчета, полученного от СМО в соответствии с приложением № 3 к настоящему Порядку.

8.10. Месячный объем финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказываемой МО - Фондодержателем в амбулаторных условиях, определяется по формуле (3):

$$C_{\text{аппсмоі}} = \text{ПФ}_{\text{смоі}} + C_{\text{неотл}} + C_{\text{дис.}} + C_{\text{цз}} + C_{\text{вс}} + C_{\text{фап}} + C_{\text{н}} \quad (3),$$

где:

$\text{ПФ}_{\text{смоі}}$ - подушевое финансирование МО - Фондодержателя по подушевому нормативу;

$C_{\text{стом}}$ - оплата фактически оказанных объемов неотложной медицинской помощи по установленным тарифам;

$C_{\text{дис}}$ - оплата фактически оказанных объемов законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров отдельных групп населения;

$C_{\text{цз}}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинских услуг в центрах здоровья;

$C_{\text{вс}}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинских услуг, оказанных врачами-специалистами, оплата услуг которых не включена в подушевой норматив финансирования;

$C_{\text{фап}}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинской помощи фельдшерско-акушерских пунктов, среднего медицинского персонала, ведущих самостоятельный прием;

$C_{\text{н}}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинских услуг застрахованным лицам, не прикрепленным к медицинским организациям.

9. Порядок применения подушевых нормативов финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия и тарифа за вызов скорой медицинской помощи

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (далее – СМП) застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия, осуществляется по подушевым нормативам финансирования и за вызов скорой медицинской помощи, установленным в **Приложении № 15** к ГТС на 2019 год. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает в себя расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемая в экстренной и неотложной формах за исключением 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.

Подушевые нормативы финансирования и стоимость вызова для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия определены для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, проживающему в зоне обслуживания, и рассчитаны на основании годового объема денежных средств, предназначенных на оплату расходов скорой медицинской помощи в 2019 году, и численности обслуживаемых застрахованных лиц, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия (по состоянию на 01.01.2018г.). Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 681,905 руб., базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации составляет 231,91 руб.

СМО перечисляет медицинским организациям, оказывающим скорую медицинскую помощь, вне медицинской организации сумму средств, причитающуюся ежемесячно на оплату по подушевым нормативам финансирования и по стоимости за вызов скорой медицинской помощи в соответствии с утвержденными плановыми объемами, на основании сводного счета, предъявленного к оплате медицинской организацией за отчетный месяц и реестров счетов, в которых сумма к оплате выставляется в соответствии с утвержденными тарифами за вызов скорой медицинской помощи.

8. Порядок проведения приема-сдачи работ при оплате скорой медицинской помощи

Медицинские организации предъявляют к оплате счета (реестры счетов) на оплату оказанной скорой медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным разделом 7 настоящего Приложения.

При наличии оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи СМО после оформления актов в установленном порядке уменьшает сумму сводного счета на сумму отказов, которая определяется в соответствии с Приложением №3 к ГТС на 2019 год. Позиции реестра, отказанные в оплате по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, повторному предъявлению к оплате не подлежат.

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях
на территории Республики Ингушетия

Тариф

Таблица 1

на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу или клинико-статистическую группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на территории Республики Ингушетия

(рублей)

№ п/п	Вид тарифа	
1	Размер средней стоимости стационарной медицинской помощи (базовая ставка)	25 925,04

Таблица 2

Базовые тарифы

на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу или клинико-статистическую группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в стационарных условиях на территории Республики Ингушетия

(рублей)

№ стр	Код	Наименование клинико-профильной группы/клинико-статистической группы	Коэффициент относительной затратоемкости (КЗ кгг/кгг)	Уровни оказания медицинских услуг		
				Третий	второй	первый
				Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи примененный при расчете тарифов КПП или КСГ		
				1,3	1,1	0,95
1	st01	акушерское дело	0,50	16851,28	14258,77	12314,39
2	st02	акушерство и гинекология	0,80	26962,04	22814,04	19703,03
3	st03	аллергология и иммунология	1,25	42128,19	35646,93	30785,99
4	st04	гастроэнтерология	1,04	35050,66	29658,25	25613,94
5	st05	Гематология	2,85	96052,27	81275,00	70192,05
6	st06	Дерматология	0,80	26962,04	22814,04	19703,03
7	st07	детская кардиология	1,84	62012,70	52472,28	45316,97
8	st08	детская онкология	4,37	147280,15	124621,67	107627,80
	st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кровятворной тканей), дети	4,37	147280,15	124621,67	107627,80
9	st09	детская урология-андрология	1,15	38757,94	32795,18	28323,11
10	st10	детская хирургия	1,10	37072,81	31369,30	27091,67

11	st11	детская эндокринология	1,48	49879,78	42205,97	36450,61
12	st12	инфекционные болезни	0,65	21906,66	18536,40	16008,71
13	st13	кардиология	1,49	50216,80	42491,15	36696,89
14	st14	колопроктология	1,36	45835,47	38783,86	33495,15
15	st15	неврология	1,12	37746,86	31939,65	27584,24
16	st16	нейрохирургия	1,20	40443,06	34221,05	29554,55
17	st17	неонатология	2,96	99759,55	84411,93	72901,21
18	st18	нефрология	1,69	56957,31	48194,65	41622,65
19	st19	онкология	3,27	110207,35	93252,37	80536,14
20	st19.001	операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	1,98	66731,05	56464,74	48765,00
21	st19.002	операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	3,66	123351,34	104374,21	90141,36
22	st19.003	операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)	4,05	136495,34	115496,05	99746,59
23	st19.004	операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,45	82571,25	69867,98	60340,53
24	st19.005	операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,24	142898,82	120914,39	104426,06
25	st19.006	операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевого пузыря (уровень 1)	1,40	47183,57	39924,56	34480,30
26	st19.007	операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевого пузыря (уровень 2)	2,46	82908,28	70153,16	60586,82
27	st19.008	операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевого пузыря (уровень 3)	3,24	109196,27	92396,84	79797,27
28	st19.009	операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	1,09	36735,78	31084,12	26845,38
29	st19.010	операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	1,36	45835,47	38783,86	33495,15
30	st19.011	операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)	1,41	47520,60	40209,74	34726,59
31	st19.012	операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)	1,88	63360,80	53612,98	46302,12
32	st19.013	операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)	1,92	64708,90	54753,68	47287,27
33	st19.014	мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)	2,29	77178,84	65305,18	56399,92

34	st19.015	Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)	3,12	105151,96	88974,74	76841,82
35	st19.016	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 1)	1,96	66057,00	55894,39	48272,42
36	st19.017	Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков (уровень 2)	2,17	73134,54	61883,07	53444,47
37	st19.018	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)	2,02	68079,16	57605,44	49750,15
38	st19.019	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)	2,57	86615,56	73290,09	63295,99
39	st19.020	Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)	3,14	105826,01	89545,09	77334,39
40	st19.021	Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости	2,48	83582,33	70723,51	61079,39
41	st19.022	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях	1,91	64371,87	54468,51	47040,99
42	st19.023	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)	2,88	97063,35	82130,53	70930,91
43	st19.024	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)	4,25	143235,85	121199,56	104672,35
45	st19.025	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)	2,56	86278,53	73004,91	63049,70
46	st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)	3,60	121329,19	102663,16	88663,64
47	st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровятворной тканей), взрослые (уровень 1)	0,57	19210,45	16255,00	14038,41
48	st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровятворной тканей), взрослые (уровень 2)	1,00	33702,55	28517,54	24628,79
49	st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровятворной тканей), взрослые (уровень 3)	1,67	56283,26	47624,30	41130,08
50	st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровятворной тканей), взрослые (уровень 4)	2,18	73471,56	62168,25	53690,76

51	st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровястворной тканей), взрослые (уровень 5)	2,69	90659,86	76712,19	66251,44
52	st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровястворной тканей), взрослые (уровень 6)	3,44	115936,78	98100,35	84723,03
53	st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровястворной тканей), взрослые (уровень 7)	4,42	148965,28	126047,54	108859,24
54	st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровястворной тканей), взрослые (уровень 8)	5,39	181656,76	153709,56	132749,17
55	st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровястворной тканей), взрослые (уровень 9)	8,65	291527,07	246676,76	213039,02
56	st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровястворной тканей), взрослые (уровень 10)	14,64	493405,36	417496,84	360565,46
57	st19.037	Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кровястворной тканей)	3,02	101781,71	86122,98	74378,94
58	st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кровястворной тканей)	1,42	47857,62	40494,91	34972,88
59	st19.039	Лучевая терапия (уровень 1)	1,04	35050,65	29658,25	25613,94
60	st19.040	Лучевая терапия (уровень 2)	1,49	50216,80	42491,14	36696,89
61	st19.041	Лучевая терапия (уровень 3)	4,15	139865,59	118347,81	102209,47
62	st19.042	Лучевая терапия (уровень 4)	4,32	145595,02	123195,79	106396,36
63	st19.043	Лучевая терапия (уровень 5)	4,68	157727,94	133462,11	115262,73
64	st19.044	Лучевая терапия (уровень 6)	7,47	251758,06	213026,05	183977,05
65	st19.045	Лучевая терапия (уровень 7)	8,71	293549,23	248387,81	214516,74
66	st19.046	Лучевая терапия (уровень 8)	9,42	317478,04	268635,26	232003,18
67	st19.047	Лучевая терапия (уровень 9)	12,87	433751,84	367020,79	316972,50
68	st19.048	Лучевая терапия (уровень 10)	19,73	664951,35	562651,14	485925,99
69	st19.049	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	3,85	129754,83	109792,54	94820,83

70	st19.050	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	9,47	319163,17	270061,14	233234,62
71	st19.051	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	10,95	369042,94	312267,11	269685,23
72	st19.052	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	13,16	443525,58	375290,88	324114,85
73	st19.053	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	14,63	493068,34	417211,67	360319,17
74	st19.054	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 6)	19,17	646077,92	546681,32	472133,87
75	st19.055	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 7)	31,29	1054552,85	892313,95	770634,78
76	st20	Оториноларингология	0,87	29321,22	24810,26	21427,05
77	st21	Офтальмология	0,92	31006,35	26236,14	22658,49
78	st22	Педиатрия	0,80	26962,04	22814,04	19703,03
79	st23	Пульмонология	1,31	44150,34	37357,98	32263,71
80	st24	Ревматология	1,44	48531,68	41065,26	35465,46
81	st25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,18	39769,01	33650,70	29061,97
82	st26	Стоматология детская	0,79	26625,02	22528,86	19456,74
83	st27	Терапия	0,73	24602,86	20817,81	17979,02
84	st28	торакальная хирургия	2,09	70438,33	59601,67	51474,17
85	st29	травматология и ортопедия	1,37	46172,50	39069,04	33741,44
86	st30	Урология	1,20	40443,06	34221,05	29554,55
87	st31	Хирургия	0,90	30332,30	25665,79	22165,91
88	st32	хирургия (абдоминальная)	1,20	40443,06	34221,05	29554,55
89	st33	хирургия (комбустивология)	1,95	65719,98	55609,21	48026,14
90	st34	челюстно-лицевая хирургия	1,18	39769,01	33650,70	29061,97
91	st35	Эндокринология	1,40	47183,57	39924,56	34480,30
92	st36	Прочее	1,0	33702,55	28517,54	24628,79
93	st37	Медицинская реабилитация	1,74	58642,44	49620,53	42854,09
94	st38	Гериатрия	1,50	50553,83	42776,32	36943,18

от 15 марта 2019 г

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара на территории Республики Ингушетия

Тариф

на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу) или клинико-статистическую группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара на территории Республики Ингушетия

Таблиц

№ п/п	Вид тарифа	(рублей)
1	Размер средней стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара (базовая ставка)	14309,3

Таблиц

Базовые тарифы

на оплату законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-профильную группу или клинико-статистическую группу), оказываемый за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара на территории Республики Ингушетия

(рублей)

№ стр	Код КПГ в системе ОМС	Наименование клинико- профильной группы и клинико- статистической группы	Коэффициент относительной затратоемкости кгг/кпг (КЗ кгг/кпг)	Тариф стоимости КПГ
1	ds01	акушерское дело	0,5	7154,65
2	ds02	акушерство и гинекология	0,8	11447,44
3	ds03	аллергология и иммунология	0,98	14023,11
4	ds04	гастроэнтерология	0,89	12735,28
5	ds05	Гематология	5,45	77985,69
6	ds06	Дерматология	1,54	22036,32
7	ds07	Детская кардиология	0,98	14023,11
8	ds08	Детская онкология	7,95	113758,94
9	ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кровятворной тканей), дети	7,95	113758,94
10	ds09	Детская урология-андрология	1,42	20319,21
11	ds10	детская хирургия	1,6	22894,88
12	ds11	детская эндокринология	1,39	19889,93
13	ds12	инфекционные болезни	0,92	13164,56
14	ds13	Кардиология	0,8	11447,44
15	ds14	колопроктология	1,7	24325,81
16	ds15	Неврология	1,05	15024,77
17	ds16	Нейрохирургия	1,06	15167,86
18	ds17	Неонатология	1,79	25613,65

19	ds18	Нефрология	2,74	39207,48
20	ds19	Онкология	6,09	87143,64
21	ds19.001	Лучевая терапия (уровень 1)	1,06	15167,86
22	ds19.002	Лучевая терапия (уровень 2)	1,83	26186,02
23	ds19.003	Лучевая терапия (уровень 3)	2,31	33054,48
24	ds19.004	Лучевая терапия (уровень 4)	2,84	40638,41
25	ds19.005	Лучевая терапия (уровень 5)	4,16	59526,69
26	ds19.006	Лучевая терапия (уровень 6)	4,50	64391,85
27	ds19.007	Лучевая терапия (уровень 7)	6,31	90291,68
28	ds19.008	Лучевая терапия (уровень 8)	11,19	160121,07
29	ds19.009	Лучевая терапия (уровень 9)	15,29	218789,20
30	ds19.010	Лучевая терапия (уровень 10)	17,42	249268,01
31	ds19.011	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 1)	3,92	56092,46
32	ds19.012	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 2)	7,49	107176,66
33	ds19.013	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 3)	13,98	200044,01
34	ds19.014	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 4)	25,11	359306,52
35	ds19.015	Лучевая терапия в сочетании с лекарственной терапией (уровень 5)	44,65	638910,25
36	ds19.016	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)	2,35	33626,86
37	ds19.017	Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)	2,48	35487,06
38	ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 1)	0,76	10875,07
39	ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 2)	1,06	15167,86
40	ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 3)	1,51	21607,04
41	ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 4)	2,40	34342,32
42	ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 5)	4,26	60957,62
43	ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 6)	7,09	101452,94

44	ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 7)	9,46	135365,98
45	ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 8)	14,57	208486,50
46	ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 9)	20,01	286329,09
47	ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кровяной тканей), взрослые (уровень 10)	38,10	545184,33
48	ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кровяной тканей)	2,40	34342,32
49	ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ	2,65	37919,65
50	ds20	Оториноларингология	0,98	14023,11
51	ds21	Офтальмология	0,98	14023,11
52	ds22	Педиатрия	0,93	13307,65
53	ds23	Пульмонология	0,9	12878,37
54	ds24	Ревматология	1,46	20891,58
55	ds25	Сердечно-сосудистая хирургия	1,88	26901,48
56	ds26	стоматология детская	0,98	14023,11
57	ds27	Терапия	0,74	10588,88
58	ds28	торакальная хирургия	1,32	18888,28
59	ds29	травматология и ортопедия	1,25	17886,63
60	ds30	Урология	0,98	14023,11
61	ds31	Хирургия	0,92	13164,56
62	ds32	хирургия (абдоминальная)	1,85	26472,21
63	ds33	хирургия (комбустиология)	1,1	15740,23
64	ds34	челюстно-лицевая хирургия	0,89	12735,28
65	ds35	Эндокринология	1,23	17600,44
66	ds36	Прочее	1,00	14309,30
67	ds37	Медицинская реабилитация	1,71	24468,90

Приложение №5
к Дополнительному соглашению
от 15 марта 2019 года

**Дифференцированные
подушевые нормативы финансирования медицинских организаций на прикрепившихся лиц для оплаты первичной медико-санитарной помощи на 2019 год**

Медицинские организации	Численность застрахованных	в том числе по группам застрахованных лиц														Итого по подуш-му фин-нию на 2019 год в тыс. руб.
		0-1 года		1-4 года		5-17 лет		18-59 лет		18-54 года		60 лет и ст.	55 лет и ст.			
		Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
ГБУ "Республиканская поликлиника"	56273,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	22605,000	22566,000	3401,000	7701,000					
ст-ть оказ-х мед услуг	491,38718,230	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	15965320,830	19185562,290	4603328,490	9384506,620					
коэф-т диф-ции		1,333	1,283	1,705	1,570	1,377	1,333	0,644	0,929	0,663	0,839					
подушевой норматив баз.		2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673			128452857,729		
диф-й под-й нор-в	2145,713	3042,800	2928,670	3891,960	3583,800	3143,240	3042,800	1470,040	2120,600	1513,410	1915,160			0,94		
итого по д.п.н.		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	33230254,200	47853459,600	5147107,410	14748647,160			120745686,27		
ГБУЗ "Назрановская городская больница"	136793,000	1535,000	1502,000	8899,000	8201,000	19258,000	19110,000	31255,000	31556,000	5122,000	10355,000					
ст-ть оказ-х мед услуг	188366840,360	263727,710	213480,450	19086360,260	17002670,670	33490832,360	32149530,250	31080877,530	40962859,290	4134483,610	9982018,230					
коэф-т диф-ции		1,333	1,283	1,705	1,570	1,377	1,333	0,644	0,929	0,663	0,839					
подушевой норматив баз.		2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673			312253687,689		
диф-й под-й нор-в	2488,114	3042,800	2928,670	3891,960	3583,800	3143,240	3042,800	1470,040	2120,600	1513,410	1915,160			1,09		
итого по д.п.н.		4670698,000	4398862,340	34634552,040	29390743,800	60532515,920	58147908,000	45946100,200	66917653,600	7751686,020	19831481,800			340356519,58		

ГБУЗ "Карабулакская городская больница"	30001,000	165,000	198,000	1130,000	1199,000	2979,000	2989,000	7512,000	7498,000	2088,000	4243,000	
СТ-ТЬ ОКАЗ-Х МЕД УСЛУГ	4834809,500	903154,660	848973,230	4228135,950	3950939,620	7322265,950	7045667,620	6528469,970	10881999,300	1687586,250	4950902,500	
коэф-т диф-ции	1,333	1,283	1,705	1,570	1,377	1,333	0,644	0,929	0,663	0,839		
подушевой норматив баз.	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	68482472,673
Дифф-й под-й нор-в	2145,713	3042,800	2928,670	3891,960	3583,800	3143,240	3042,800	1470,040	2120,600	1513,410	1915,160	0,94
Итого по д.п.н.	502062,000	579876,660	4397914,800	4296976,200	9363711,960	9094929,200	11042940,480	15900258,800	3160000,080	8126023,880	64373524,31	
ГБУЗ "Малгобекская Центральная районная больница"	66338,000	498,000	506,000	2488,000	2256,000	8012,000	7748,000	17565,000	17718,000	3192,000	6355,000	
СТ-ТЬ ОКАЗ-Х МЕД УСЛУГ	114861885,960	775970,580	747477,310	6966331,910	6181189,210	17398040,270	15687717,470	17410394,910	31328704,570	5264558,990	13101500,740	
коэф-т диф-ции	1,333	1,283	1,705	1,570	1,377	1,333	0,644	0,929	0,663	0,839		
подушевой норматив баз.	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	151427961,474
Дифф-й под-й нор-в	2145,713	3042,800	2928,670	3891,960	3583,800	3143,240	3042,800	1470,040	2120,600	1513,410	1915,160	0,94
Итого по д.п.н.	1515314,400	1481907,020	9683196,480	8085052,800	25183638,880	23575614,400	25821252,600	37572790,800	4830804,720	12170841,800	142342283,79	
ГБУЗ "Сунженская Центральная районная больница"	82342,000	195,000	208,000	1959,000	2132,000	6852,000	7019,000	21855,000	23411,000	6912,000	11799,000	
СТ-ТЬ ОКАЗ-Х МЕД УСЛУГ	124461725,990	1712646,220	1749234,580	9134806,290	8108444,640	15135610,480	14515172,130	22319206,750	34678488,390	4622023,530	12486092,980	
коэф-т диф-ции	1,333	1,283	1,705	1,570	1,377	1,333	0,644	0,929	0,663	0,839		
подушевой норматив баз.	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	2282,673	187959860,166
Дифф-й под-й нор-в	2145,713	3042,800	2928,670	3891,960	3583,800	3143,240	3042,800	1470,040	2120,600	1513,410	1915,160	0,94
Итого по д.п.н.	593346,000	609163,360	7624349,640	7640661,600	21537480,480	21357413,200	32127724,200	49645366,600	10460689,920	22596972,840	176682268,56	
ГБУЗ "Малгобекская районная больница №2	3418,000	2,000	12,000	144,000	155,000	510,000	542,000	789,000	810,000	199,000	255,000	
СТ-ТЬ ОКАЗ-Х МЕД УСЛУГ	6075538,660	44935,580	42445,450	161179,510	119817,940	425411,570	383825,450	1943825,460	1859569,340	314926,530	779601,830	
коэф-т диф-ции	1,333	1,283	1,705	1,570	1,377	1,333	0,644	0,929	0,663	0,839		

Дифференцированные подушевые нормативы
финансирования на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации за счет средств
обязательного медицинского страхования на территории Республики Ингушетия

№ п/п	Наименование медицинской организации	Стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи, в руб./газовый подушевой норматив финансирования, в руб.	Дифференцированный подушевой норматив финансирования на год, в рублях с учетом коэффициента дифференциации по группам	Численность прикрепленного застрахованного населения, чел.	Объем финансирования по дифференцированному подушевому нормативу на 2019 год, в тыс. рублях	Объем финансирования по дифференцированному подушевому нормативу в месяц, в рублях
1	ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи»	1500,0/231,91	242,346	229 323	55 575,5	4 631 292,7
2	ГБУ «Сунженская станция скорой медицинской помощи»		242,346	77 559	18 796,1	1 566 342,8
3	ГБУ «Магпобекская станция скорой медицинской помощи»		212,661	76 567	16 282,8	1 356 901,2
4	ГБУЗ «Сунженская районная больница №2»		212,661	12 545	2 667,8	2 667 832,3
5	ГБУЗ «Карабулакская городская больница»		187,847	30 749	5 776,1	5 776 107,4
6	ГБУЗ «Джейрахская районная больница»		187,847	2 939	552,1	46 006,9
					99 650,4	

Скорая медицинская помощь, оказанная на территории Республики Ингушетия гражданам Российской Федерации, застрахованным в других регионах РФ выставляется по стоимости за вызов скорой медицинской помощи с учетом стоимости за вызов и подушевого финансирования. Стоимость вызова скорой медицинской помощи для указанных застрахованных составляет 2 314,0 руб.

**Расчет дифференцированного
подушевого норматива финансирования скорой медицинской организации на 2019 год**

	от 0-1 лет		от 1-4 лет		от 5-17 лет		18-59 лет	18-54	60 лет и старше	55 лет и старше		
	МУЖ	ЖЕНЩ	МУЖ	ЖЕНЩ	МУЖ	ЖЕНЩ						
ГБУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи»	числ-ть	4856	5302	12345	12301	21052	21353	56120	58800	14402	22792	группа 3 коэффициент дифф-ации - 1,045
	коэф. диф.	0,160	0,101	0,354	0,271	0,325	0,286	0,805	1,181	1,744	3,280	
	д.под.норм	37,11	23,42	82,10	65,85	75,37	66,33	186,69	273,89	404,45	760,66	
	ИТОГО	180206,16	124172,84	1013524,50	810020,85	1586689,24	1416344,49	10477042,80	16104732,00	5824888,90	17336962,72	
ГБУ «Сунженская станция скорой медицинской помощи»	числ-ть	1651	1955	4412	4289	7589	7704	17343	17556	6455	8605	группа 3 коэффициент дифф-ации - 1,045
	коэф. диф.	0,160	0,101	0,354	0,271	0,325	0,286	0,805	1,181	1,744	3,280	
	д.под.норм	37,11	23,42	82,10	65,85	75,37	66,33	186,69	273,89	404,45	760,66	
	ИТОГО	61268,61	45786,10	362225,20	282430,65	571982,93	511006,32	3237764,67	4808412,84	2610724,75	6545479,30	
ГБУ «Магтобекская станция скорой медицинской помощи»	числ-ть	1562	2164	5995	6103	8540	8655	16212	16590	4598	6148	группа 2 коэффициент дифф-ации - 0,917
	коэф. диф.	0,160	0,101	0,354	0,271	0,325	0,286	0,805	1,181	1,744	3,280	
	д.под.норм	37,11	23,42	82,10	65,85	75,37	66,33	186,69	273,89	404,45	760,66	
	ИТОГО	57965,82	50680,88	492189,50	401882,55	643659,80	574086,15	3026618,28	4543835,10	1859661,10	4676537,68	
ГБУЗ «Карабулакская городская больница»	числ-ть	1852	1866	2756	2883	3279	3221	4693	5057	2311	2831	группа 1 коэффициент дифф-ации - 0,810
	коэф. диф.	0,160	0,101	0,354	0,271	0,325	0,286	0,805	1,181	1,744	3,280	
	д.под.норм	37,11	23,42	82,10	65,85	75,37	66,33	186,69	273,89	404,45	760,66	
	ИТОГО	68727,72	43701,72	226267,60	189845,55	247138,23	213648,93	876136,17	1385061,73	934683,95	2153428,46	
ГБУЗ «Сунженская районная больница №2»	числ-ть	195	198	788	798	1422	1626	2857	3311	415	935	группа 2 коэффициент дифф-ации - 0,917
	коэф. диф.	0,160	0,101	0,354	0,271	0,325	0,286	0,805	1,181	1,744	3,280	
	д.под.норм	37,11	23,42	82,10	65,85	75,37	66,33	186,69	273,89	404,45	760,66	
	ИТОГО	7236,45	4637,16	64694,80	52548,30	107176,14	107852,58	533373,33	906849,79	167846,75	711217,10	
ГБУЗ «Джейрахская районная больница»	числ-ть	225	261	272	286	284	298	509	539	125	140	группа 1 коэффициент дифф-ации - 0,810
	коэф. диф.	0,160	0,101	0,354	0,271	0,325	0,286	0,805	1,181	1,744	3,280	
	д.под.норм	37,11	23,42	82,10	65,85	75,37	66,33	186,69	273,89	404,45	760,66	
	ИТОГО	8349,75	6112,62	22331,20	18833,10	21405,08	19766,34	95025,21	147626,71	50556,25	106492,40	