

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:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярногенетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема (комплексное посещение) при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и

диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» и комплексного обследования в центре здоровья;

- за единицу объема исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярногенетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

- 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, в том числе с учетом проводимого тромболизиса.

При оплате медицинской помощи, оказанной фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами применяется финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации составляет:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, - 957,2 тыс. рублей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, - 1 516,4 тыс. рублей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, - 1 702,8 тыс. рублей.

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 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 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 в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает:

- разовые посещения по поводу заболевания, в том числе 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 4 287,095 рублей, в том числе.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц 1 979,541 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 2020 год применяются для оплаты первичной доврачебной, врачебной и 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. Вместе с тем, данные тарифы используются и медицинскими организациями имеющими прикрепленное население в формировании реестров-счетов.

4.2. При выставлении счетов размер суммы, предъявляемой к оплате, исчисляется исходя из тарифов за 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 посещение необходимо руководствоваться правильно заполненной медицинской картой и талоном амбулаторного пациента.

4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи при проведении профилактических осмотров в соответствии с **Приложением № 8,9,12** к ГТС на 2020 год применяются медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению при проведении профилактических осмотров и диспансеризации в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без

попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

4.4. 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 4,2. 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 (лабораторные) исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечнососудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) установленные в **Приложении № 10** к ГТС на 2020 год применяются в случае проведения указанных исследований по назначению специалистов медицинских организаций и направлению, оформленному медицинской организацией по месту прикрепления застрахованного, в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Ингушетия. Распределение указанных объемов диагностических исследований производится пропорционально прикрепленному населению к медицинским организациям.

В случае невозможности оказания диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечнососудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и

подбора таргетной терапии) в медицинской организации по месту прикрепления застрахованного, диагностические (лабораторные) исследования проводятся медицинскими организациями, входящими в систему обязательного медицинского страхования, на базе которого указанные диагностические (лабораторные) исследования проводятся на оборудовании, находящемся на балансе данной медицинской организации.

Взаиморасчеты, за оказанные в таком случае диагностические (лабораторные) исследования, проводит страховая медицинская организация в соответствии с механизмом взаиморасчетов между медицинской организацией – Исполнителем и медицинской организацией - Фондодержателем, заложенным в разделе 7 и 8 настоящего порядка.

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 2020 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 14 697,1 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 1 188,74 рублей.

Оплата за лечение в дневном стационаре производится путем применение 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 данная заболевание входит в КПП "Пульмонология".

Исключением являются профиль "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия", 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 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.

Группы заболеваний дневного 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.

| | |
|----|---|
| 1 | Осложнения беременности, родов, послеродового периода |
| 2 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| 3 | Аборт медикаментозный |
| 4 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые* |
| 5 | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые* |
| 6 | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе* |
| 7 | Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы* |
| 8 | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети* |
| 9 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)* |
| 10 | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)* |
| 11 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)* |
| 12 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)* |
| 13 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)* |
| 14 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)* |
| 15 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)* |
| 16 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)* |
| 17 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)* |

| | |
|----|--|
| 18 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)* |
| 19 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)* |
| 20 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)* |
| 21 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)* |
| 22 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)* |
| 23 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)* |
| 24 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| 25 | Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ |
| 26 | Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования |
| 27 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 28 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 29 | Замена речевого процессора |
| 30 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 31 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 32 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| 33 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| 34 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| 35 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 36 | Отравления и другие воздействия внешних причин |
| 37 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 38 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина* |
| 39 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов* |

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

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

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 КППГ или КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней 70% от стоимости КППГ или КСГ.

Перечень групп заболеваний дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию

| | Наименование групп заболеваний |
|----|---|
| 1 | Искусственное прерывание беременности (аборт) |
| 2 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| 3 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| 4 | Операции на мужских половых органах, дети |
| 5 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети |
| 6 | Операции по поводу грыж, дети |
| 7 | Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов |
| 8 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1) |
| 9 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2) |
| 10 | Операции на периферической нервной системе |
| 11 | Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа |
| 12 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1) |
| 13 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2) |
| 14 | Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| 15 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1) |
| 16 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2) |
| 17 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3) |
| 18 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4) |
| 19 | Замена речевого процессора |
| 20 | Операции на органе зрения (уровень 1) |
| 21 | Операции на органе зрения (уровень 2) |
| 22 | Операции на органе зрения (уровень 3) |
| 23 | Операции на органе зрения (уровень 4) |
| 24 | Операции на органе зрения (уровень 5) |
| 25 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы |
| 26 | Операции на сосудах (уровень 1) |
| 27 | Операции на сосудах (уровень 2) |
| 28 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения |
| 29 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1) |
| 30 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2) |
| 31 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3) |
| 32 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1) |
| 33 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2) |
| 34 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1) |
| 35 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| 36 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| 37 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1) |
| 38 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2) |
| 39 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3) |
| 40 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы |
| 41 | Операции на молочной железе |
| 42 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1) |
| 43 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2) |
| 44 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1) |

| | Наименование групп заболеваний |
|----|--|
| 45 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2) |
| 46 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3) |
| 47 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях |
| 48 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| 49 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) |
| 50 | Операции на органах полости рта (уровень 1) |
| 51 | Операции на органах полости рта (уровень 2) |

Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

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

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

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

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

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

Оплата по двум КППГ или КСГ в рамках одного пролеченного случая

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 КППГ или КСГ, 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 или КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- 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 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 или КСГ. 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 2020 год.

Тариф за законченный случай оказания медицинской помощи в отделении эфферентной хирургии и диализа крови применяется согласно приложения №11 к ГТС на 2020 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 и посещений с иными целями, 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, комплексное посещение в связи с диспансеризацией, профилактический осмотр (комплексное посещение)), услуги стоимости гемодиализа, гемодиафильтрации, исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярногенетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также к оплате медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями не имеющих прикрепленного населения.

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, комплексного посещения в связи с диспансеризацией, профилактических осмотров (комплексное посещение)), услуги стоимости гемодиализа, гемодиализации, исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярногенетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, стоимость, а также медицинских услуг, оказываемых медицинскими учреждениями не имеющими прикрепившихся

застрахованных лиц, 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 (посещения центров здоровья, комплексного посещения в связи с диспансеризацией, профилактических осмотров (комплексное посещение));
 - услуги стоимости гемодиализа, гемодиафильтрации, исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярногенетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;
- 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:

$$\text{ПН}_{\text{ср.утв.}} = V_{\text{ам}} / \text{Ч}_{\text{н}} / 12 \quad (1),$$

где:

$\text{ПН}_{\text{ср.утв.}}$ – средний подушевой норматив финансирования;

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

$\text{Ч}_{\text{н}}$ - численность застрахованных лиц Республики Ингушетия по состоянию на 01.01.2019 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 4 287,095 рублей.

Средний размер (базового) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, на прикрепившихся лиц составляет 1 979,541 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 (посещения центров здоровья, комплексного посещения в связи с диспансеризацией, профилактических осмотров (комплексное посещение));
- услуги стоимости гемодиализа, гемодиафильтрации, исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярногенетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

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 подушечном 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 рассчитывается 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):

$$OK_{смоi} = C_{смоi} + \sum_{нпсмоi} - \sum_{вуссмоi} - \sum_{мэкфд} - A_{смоi} \quad (2),$$

где:

$OK_{смоi}$ - сумма окончательного расчета с МО - Фондодержателем по подушевому нормативу;

$C_{смоi}$ - объем финансирования по подушевому нормативу;

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

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

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

$A_{смоi}$ - 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):

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

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;

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

$C_{\text{фап}}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинской помощи фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов;

$C_{\text{н}}$ - 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 2020 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 2020 году, и численности обслуживаемых застрахованных лиц, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия (по состоянию на 01.01.2019г.). Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 686,219 руб., базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации составляет 106,219 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 2020 год. Позиции реестра, отказанные в оплате по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, повторному предъявлению к оплате не подлежат.