

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ
РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
на 2022 год

г.Махачкала

«30» декабря 2021 г.

1. Общие положения

1.1. Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение,

Министерство здравоохранения Республики Дагестан в лице министра здравоохранения Республики Дагестан (председателя Комиссии) Беляевой Татьяны Васильевны, заместителя министра здравоохранения Республики Дагестан Рамазанова Мазая Бадукаевича;

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

Заместителя председателя Объединения республиканского союза организаций профсоюзов Республики Дагестан Билалова Мусы Исаевича;

Председателя Дагестанской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Бучаевой Зумруд Камировны;

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

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

Президента республиканской общественной организации «Ассоциация врачей Дагестана» Муртазалиева Магомеда Гитиновича;

Председателя отделения Первой Общероссийской ассоциации врачей частной практики в Республике Дагестан Аскерханова Гамида Рашидовича, именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с частью 2 ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» **заключили** настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию на территории Республики Дагестан (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

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

Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

Федеральными законами:

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

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

постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021г. №2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

постановлением Правительства Республики Дагестан от 30.12.2021г. №374 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

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

от 29.12.2020г. №1397н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

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

письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30.12.2020 г. №11-7/и/2-20691 и № 00-10-26-2-04/11-51 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»;

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

1.3. Предмет Тарифного соглашения

1.3.1. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2021 год, утвержденной постановлением Правительства Республики Дагестан от 30.12.2021г. №374, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа, Территориальная программа).

1.3.2. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.3.3. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой застрахованным лицам на территории Республики Дагестан, а также лицам застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации по видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

1.3.4. Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при выполнении Территориальной программы.

1.3.5. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения в соответствии с законодательством Российской Федерации, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Дагестан, образованной Постановлением Правительства Республики Дагестан от 31 мая 2012 г. № 194 (в ред. от 01.12.2021 г. №326) (далее - Комиссия).

1.3.6. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи в сфере ОМС, Правилами обязательного медицинского страхования, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными правовыми документами в сфере ОМС, утвержденными в установленном порядке.

1.4. Основные понятия и термины

В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

ОМС - обязательное медицинское страхование;

ТФОМС РД-Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

СМО (страховая медицинская организация) - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан;

МО (медицинская организация) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

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

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

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

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)-группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

Клинико-профильная группа (КПГ)- группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи;

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка- – средний объем финансового обеспечения медицинской

помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинко-статистической группы заболеваний или клинко-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

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

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

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

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

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

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

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) - медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи и включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии,

разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

Посещение (в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках Территориальной программы;

Обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания.

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

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

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

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

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи, равный 10 минутам.

Прерванный случай – случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара при переводе пациента в другую медицинскую организацию, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, преждевременной выписке пациента из медицинской организации

при его письменном отказе от дальнейшего лечения, самовольном уходе из медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно (≤ 3 дня), за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения, перечень групп которых представлен в Приложении № 28 к Тарифному соглашению.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Дагестан в 2022 году

2.1. Общие положения

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

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

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

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

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

Реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи по ОМС предоставляются ежемесячно в сроки, определенные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС между ТФОМС РД, МО и СМО.

Оплата медицинской помощи, оказанной в МО Республики Дагестан лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, оплачивается ТФОМС РД и подлежит возмещению территориальными фондами обязательного медицинского страхования иных субъектов Российской Федерации в соответствии с Правилами ОМС.

При отсутствии возможности оказания застрахованным лицам первичной медико-санитарной помощи в полном объеме и на условиях, определенных Территориальной программой (отсутствие или длительное отсутствие врача-специалиста, отсутствие возможности проведения тех или иных

диагностических исследований, отсутствие допустимых санитарно-эпидемиологических условий и (или) иных условий для проведения лабораторных исследований и др.) МО обеспечивает оказание необходимых медицинских услуг в других МО в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС Республики Дагестан в зависимости от условий ее предоставления производится способами, представленными в подразделах: 2.2, 2.3, 2.4, 2.5.

Перечень МО по условиям и уровням оказания медицинской помощи представлен в Приложениях № 1, 1.1, 1.2, 1.3, 12, 12.1, 21.

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а так же средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

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

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

- посещения с иными целями;
- обращения по поводу заболевания;
- посещение при оказании неотложной медицинской помощи.

2.2.2. Посещения с иными целями включают:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- посещения для проведения 2 этапа диспансеризации,

- разовые посещения в связи с заболеваниями,

- посещения центров здоровья,

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

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

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

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

2.2.3. К посещениям в связи с оказанием неотложной медицинской помощи

относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории), а также оказание помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации:

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;

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

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

Оказание услуг КТ- и МРТ- в рамках оказания неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара, выполняется без направления с подтверждением факта выполнения записями о результатах оказанной медицинской помощи в соответствующих журналах.

2.2.4. Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений врача или специалиста со средним медицинским образованием, ведущего самостоятельный прием, одной специальности (профиля) по поводу одного заболевания, включающий лечебно- диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

2.2.5. МО ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром и др.), посещений с иными целями, неотложной медицинской помощи, а также обращений по поводу заболеваний.

2.2.6. Оплата диагностических медицинских услуг осуществляется с использованием межучрежденческих расчетов в соответствии с тарифами, приведенными в Приложении №15, а так же за единицу объема медицинской помощи в соответствии с тарифами, приведенными в Приложении №15-1.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) осуществляется лечащим врачом, при наличии медицинских показаний.

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

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

Проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 методом полимеразной реакции за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется в случае:

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

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

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

Перед плановой госпитализацией на догоспитальном этапе проведение лабораторного исследования биологического материала пациента (мазок из носо- и ротоглотки) на COVID-19 методом амплификации нуклеиновых кислот за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Тестирование работников организаций, в том числе медицинских, имеющих риски инфицирования COVID-19, но не имеющих симптомов инфекционного заболевания, контактных лиц с больными COVID-19, не имеющих симптомов инфекционного заболевания, лиц прибывших из субъектов Российской Федерации или стран с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, не имеющих симптомов инфекционного заболевания, а так же перед проведением вакцинации против COVID-19 взрослому населению оплате за счет средств обязательного медицинского страхования не подлежит.

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

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

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

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

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

2.2.7. При оказании стоматологической медицинской помощи случаи обращения пациентов в медицинскую организацию в целях профилактики, диагностики и/или лечения заболеваний полости рта, слюнных желез и челюстей, имеющих самостоятельное законченное значение, предъявляются к оплате по тарифам за посещение и обращение.

Оплата стоматологической помощи при обращении по заболеванию производится за фактически выполненный объем, определяемый в условных единицах трудоемкости (УЕТ) по категориям: «взрослые», «дети». При этом оказание стоматологической помощи должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. Рекомендованный классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной медицинской помощи, выраженной в УЕТ, представлен в Приложении №19.

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

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

- при организации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации населения;

- в планово-профилактическом порядке в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, обследование пациентов по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций на стоматологическом приеме;

- при комплексном первичном обследовании ребенка.

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

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

2.2.9. Перечень МО, имеющих прикрепившихся застрахованных лиц и оказывающих амбулаторную помощь, представлен в Приложении №12.

2.2.10. Порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования представлен в Приложении №14.

2.2.11. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от от 27.04.2021 № 404н «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 с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением №2-в к Тарифному соглашению:

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

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

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

2.2.12. Порядок оплаты с применением показателей результативности деятельности медицинской организации приведен в Приложении №14-3.

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

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

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

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

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

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

Порядок проведения межучрежденческих расчетов отражен в Приложении №14-1.

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

- за посещение в неотложной форме;
- за посещение с профилактической целью в том числе при проведении углубленной диспансеризации и обращение по заболеванию в амбулаторных условиях по профилям «Стоматология», «Акушерство и гинекология», «Медицинская реабилитация»;
- за медицинскую услугу: услугу гемодиализа, перитонеального диализа;
- за медицинскую услугу: при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

2.3. Оплата медицинской помощи по ОМС,

оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационара

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

- за случай (законченный случай) госпитализации по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно)

со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Программе государственных гарантий.

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также коэффициентов относительной затратоемкости (далее – Перечень) приведен в Приложениях 23, 24 и не может быть изменен за исключением случаев выделения подгрупп в составе КСГ.

2.3.2. Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в Приложении №1.1., 1.2.

2.3.3. Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется 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 Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.3.4. Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПП «Пульмонология». Аналогично оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей может осуществляться при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и

по профилю «Гематология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

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

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

2.3.6. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется за законченный случай лечения в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи страхования в рамках Раздела I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, (Приложение №27).

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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

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

2.3.9. При оплате услуг дневных стационаров день поступления и день выписки считаются двумя днями (за исключением случаев пребывания больных в дневных стационарах в течение одного календарного дня).

2.3.10. Особенности формирования КСГ и оплаты случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара представлены в Приложении №28.

2.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

2.4.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи), осуществляется по подушевому нормативу финансирования, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, МО в соответствии с Перечнем МО, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи в Приложении №21.

2.4.3. Порядок расчета и оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования представлен в Приложении №14-2.

2.4.4. Оплата скорой медицинской помощи за вызов осуществляется по тарифу скорой медицинской помощи (Приложение №18) оказанной лицам, застрахованным за пределами Республики Дагестан на территории других субъектов Российской Федерации, а также при оплате вызова скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии.

2.4.5. При оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Республики Дагестан, другими станциями и отделениями СМП оплата производится в рамках подушевого норматива финансирования за фактическое количество вызовов с применением межучрежденческих расчетов в соответствии с Порядком проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями отраженным в Приложении №14-1.

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

2.4.7. За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная

неидентифицированным (в том числе неопознанным) или незастрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с социально-значимыми заболеваниями или психиатрическими заболеваниями.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи - группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной Программой обязательного медицинского страхования.

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

3.3. Тарифы рассчитаны с учетом затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), мощности медицинских организаций, территориальной удаленности, фактически оказанных объемов медицинской помощи и плановых (прогнозных) показателей на 2022 год в пределах средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС на выполнение Территориальной программы.

3.4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции, полученной из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, 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.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

Порядок использования медицинскими организациями средств ТП ОМС в пределах установленной структуры тарифа установлен в Приложении № 29.

3.5. Тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, профилям врачебных специальностей, методам лечения, цели обращения за медицинской помощью с учетом возраста пациента, уровня оказания медицинской помощи и ее затратоемкости.

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

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

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

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

3.6. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

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

3.6.1 Размер норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2022 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – **37 539,9 руб.;**
- в условиях дневного стационара – **23 331,9 руб.**

3.6.2. Значения коэффициентов приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке:

Круглосуточный стационар – **0,65;**
Дневной стационар – **0,60.**

3.6.3. Значения коэффициента дифференциации КД = 1,006

3.6.4. Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка) на 2022 год составляет:

- в условиях круглосуточного стационара с учетом коэффициента дифференциации – **24 521,71 руб.**
- в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации – **24 375,46 руб.**
- в условиях дневного стационара с учетом коэффициента дифференциации – **14 053,63 руб.**
- в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации – **13 969,81 руб.**

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

рекомендациями, традиционных продуктов диетического лечебного питания и специализированных пищевых продуктов диетического лечебного и диетического профилактического питания - смесей белковых композитных сухих и витаминно-минеральных комплексов¹, включенных в нормы лечебного питания, утвержденные приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания». Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в Приложении № 23 (для круглосуточного стационара) и в Приложении № 24 (для дневного стационара).

3.6.6. Доля заработной платы в структуре затрат по перечню групп заболеваний в круглосуточном и дневном стационарах, состояний в разрезе КСГ представлена в Приложениях №16, 17, 23, 24 соответственно.

3.6.7. Значения коэффициентов специфики по круглосуточному и дневному стационару приведены в Приложениях №16, 17 соответственно.

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

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

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

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

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет:

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах равен 1.

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

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

случаях.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП, и его значения представлены в Приложении №26.

3.6.10. При оказании медицинской помощи в приемном отделении стационара без последующей госпитализации применяется тариф на неотложную помощь в приемном отделении стационара. При этом минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предъявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом, проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований и оказание необходимой медицинской помощи. Причины отказа от госпитализации и факт оказания неотложной медицинской помощи должны быть подтверждены записями о результатах оказанной медицинской помощи в соответствующих журналах.

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

3.6.12. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в ТП ОМС, а так же доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведены в Приложении №27.

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

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

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

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

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на стоматологическую помощь;

- расходов на медицинскую реабилитацию;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую по профилю «акушерство и гинекология».

3.7.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 01.01.2022г. составляет **5 380,59** руб.

3.7.2. Базовый подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 01.01.2022г. составляет **1 230,22** руб. (Приложение № 13).

3.7.3. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, иные климатические и географические особенности территории обслуживания населения, включая наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для медицинской организации, приведен в Приложении №12.2.

3.7.4. Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для медицинской организации, и коэффициента уровня для медицинской организации приведены в Приложении №13.

3.7.5. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого

норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи представлены в Приложении №25.

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

Группа фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов по числу обслуживаемого (прикрепленного) населения	Поправочный коэффициент	Размер финансового обеспечения, тыс. руб.
		коэффициент дифференциации - 1,006
менее 100	0,5	547 113,10
100-899	1	1 094 226,20
900-1499	1	1 733 438,60
1500-2000	1	1 946 509,40
более 2000	1,5	2 919 764,10

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

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

3.7.7. Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а так же размеры и порядок осуществления выплат МО за достижение указанных показателей отражен в Приложении №14-3.

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

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

3.7.9. Тарифы за единицу объема в амбулаторных условиях представлены в Приложениях № 7, 11, 15-1, а так же в Приложениях №8 и №9 по профилю «Акушерство и гинекология», «Медицинская реабилитация».

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

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

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

3.8.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2022 год составляет **823,26** руб.

3.8.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, МО, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо на 2022 год составляет **821,82** руб. (Приложение №20).

3.8.3. Значения коэффициента специфики приведены в Приложении №20.

3.8.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи представлены в Приложении №25.

3.8.5. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи представлены в Приложении № 18.

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

- а) скорой медицинской помощи – 2 902,0 рублей;
- б) посещений с профилактическими и иными целями – 722,1 рублей
- в) профилактических медицинских осмотров – 2 028,0 рублей;
- г) диспансеризации – 2 507,5 рублей;
- в том числе углубленная диспансеризация – 1 023,6 рублей;
- д) посещений с иными целями – 377,6 рублей;
- е) посещений в неотложной форме – 718,0 рублей;
- ж) обращений в связи с заболеваниями – 1 609,4 рублей;
- з) компьютерной томографии – 2 557,3 рублей;

- и) магнитно-резонансной томографии – 3 596,5 рублей;
- к) ультразвукового исследования – 495,1 рублей;
- л) эндоскопических диагностических исследований – 928,8 рублей;
- м) молекулярно-генетического исследования с целью диагностирования онкологических заболеваний – 8 223,2 рублей;
- н) патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью выявления онкологических заболеваний – 2 033,4 рублей;
- о) тестирования на выявление COVID-19 – 604,1 рублей;
- п) обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - 18 549,0 рублей.

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

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

4.1.1. В целях реализации п.155 Правил ОМС №108н от 28 февраля 2019 г, для определения размера штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по видам и условиям ее оказания, применять следующие подушевые нормативы:

- подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях –1 422,76 руб.;
- подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - 821,82 руб.;
- подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара –14 178,9 руб.

4.2. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры в соответствии с Приложением №22.

5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января по 31 декабря 2022 года.

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

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

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

5.5. Настоящее Тарифное соглашение действует до вступления в силу Тарифного соглашения в новой редакции.

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

5.7. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- перечень МО по условиям оказания медицинской помощи, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, в том числе оказывающих медицинскую помощь в рамках межучрежденческих взаиморасчетов (Приложение №1);

- перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, оказывающих

медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара в разрезе по уровням (Приложение №1.1);

- перечень МО, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Дагестан, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара (Приложение №1.2);

- перечень МО, в которых функционируют отделения амбулаторной травмы (Приложение №1.3);

- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. N 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Приложение № 2);

- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения с использованием мобильных бригад в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2-а);

- коды и тарифы диспансеризации взрослого населения, в том числе в вечерние часы и в субботу, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (Приложение № 2-б);

- коды и тарифы к порядку проведения Первого этапа углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 (Приложение № 2-в);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 72н от 15.02.2013г. (Приложение № 3);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации с использованием мобильных бригад пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 72н от 15.02.2013г. (Приложение № 3-а);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, пребывающих в стационарных учреждениях детей - сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 72н от 15.02.2013г. (Приложение № 3-б);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных

(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 216н от 11.04.2013г. (Приложение № 4);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации с использованием мобильных бригад детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 216н от 11.04.2013г. (Приложение № 4-а);

- коды и тарифы к порядку проведения диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в соответствии с порядком, определенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 216н от 11.04.2013г. (Приложение № 4-б);

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

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

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

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

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

- коды и тарифы к порядку прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе в вечерние часы и в субботу, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №514-н от 10.08.2017 г. (Приложение №6-б);
- коды тарифов и тарифы на оказание неотложной медицинской помощи (Приложение №7);
- коды тарифов и тарифы на посещения с профилактическими и иными целями (Приложение №8);
- коды тарифов и тарифы на обращения по поводу заболевания, оказанные амбулаторно-поликлиническими учреждениями по ОМС (Приложение №9);
- коды тарифов и тарифы посещения на дому (Приложение №10);
- коды тарифов и тарифы на проведение процедуры гемодиализа (Приложение №11);
- перечень МО, имеющих прикрепленное население и участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи, оказанной в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение №12);
- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не имеющих прикрепленного населения, оплата которой осуществляется за единицу объема (Приложение №12.1);
- перечень МО (отдельных структурных подразделений медицинских организаций), для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (Приложение №12.2);
- дифференцированный подушевой норматив для МО, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (Приложение №13);
- порядок расчета и оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в том числе с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (Приложение №14);
- порядок проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями (Приложение №14-1);
- порядок расчета и оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (Приложение №14-2);
- порядок оплаты с применением показателей результативности

- деятельности медицинских организаций (Приложение №14-3);
- коды тарифов и тарифы на оказание диагностических услуг (Приложение №15);
 - коды тарифов и тарифы на оказание отдельных диагностических исследований (Приложение №15-1);
 - тарифы на стационарную медицинскую помощь в Республике Дагестан в разрезе по уровням и подуровням (Приложение №16);
 - тарифы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара в Республике Дагестан (Приложение №17);
 - тарифы скорой медицинской помощи, дифференцированные по вызовам (Приложение №18);
 - коды и количество УЕТ на стоматологические услуги, оказываемые за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Дагестан (Приложение №19);
 - дифференцированный подушевой норматив финансирования для МО, оказывающих скорую медицинскую помощь (Приложение №20);
 - перечень МО, участвующих в подушевом финансировании скорой медицинской помощи, оказанной в сфере ОМС на территории Республики Дагестан (Приложение №21);
 - перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (Приложение №22);
 - перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях (Приложение №23);
 - перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара (Приложение №24);
 - половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи (Приложение №25);
 - перечень случаев, для которых установлен КСЛП (Приложение №26);
 - перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи на 2022г. (Приложение №27);
 - подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ или КПГ, в том числе прерванных случаев лечения (Приложение №28);
 - порядок использования медицинскими организациями средств территориальной программы обязательного медицинского страхования (Приложение №29);

- перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, для которых устанавливается размер финансового обеспечения в соответствии с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения (Приложение №30);
- тариф консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий с 01.01.2022 года (Приложение №31).

Подписи сторон:

Министр здравоохранения
Республики Дагестан (председатель Комиссии);

Беляева Т.В.

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан;

Гудов А.Г.

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

Ахмедов М.-А.Г.

Заместитель министра здравоохранения Республики Дагестан;

Рамазанов М.Б.

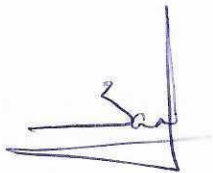
Заместитель председателя Объединения организаций профсоюзов Республики Дагестан;

Билалов М.И.

Председатель Дагестанской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Бучаева З.К.

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



Залбеков Д.М.

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



Магомедова А.М.

Председатель отделения
Первой общероссийской ас-
социации врачей частной
практики в Республике Даге-
стан;



Аскерханов Г. Р.

Президент республиканской
общественной организации
«Ассоциация врачей Даге-
стана» (по согласованию).

Муртазалиев М. Г.