Приложение 1

к тарифному соглашению в сфере обязательного

медицинского страхования на территории

Ставропольского края от 28 декабря 2018 года

Порядок

расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию на территории Ставропольского края

I. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи,

предоставляемой в амбулаторных условиях

1. Определение базовой ставки стоимости посещения (БСАП) определяется по формуле:

БСАП = (ОФАПтпомс - СТСТ- СТЦЗ - СТД - СТДУ) / Пi, где

ОФАПтпомс - объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитанный исходя из параметров территориальной программы ОМС, за исключением средств, предназначенных для возмещения другим территориальным фондам затрат по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным в Ставропольском крае лицам за пределами территории, и средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС СК;

СТСТ - общая стоимость стоматологических лечебно-диагностических услуг, определяется исходя из размера тарифов и запланированного объема медицинской помощи;

СТЦЗ - общая стоимость медицинской помощи, оказываемой в центрах здоровья, определяется из установленного тарифа и объема медицинской помощи;

СТД - общая стоимость диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, определяемая в соответствии с параметрами территориальной программы ОМС;

СТДУ - общая стоимость дорогостоящих исследований и услуг гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях, определяемая из размера тарифа и объема запланированных услуг;

Пi - общее количество посещений к i-му специалисту, оказывающему амбулаторную поликлиническую помощь, за исключением посещений, связанных с проведением диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, оказанием стоматологических лечебно-диагностических услуг, посещений в центры здоровья.

2. Для расчета базового тарифа обращения в связи с заболеванием к базовой ставке посещения применяется коэффициент относительной стоимости обращения, рассчитываемый как произведение среднего числа посещений по поводу заболеваний в одном обращении и поправочных коэффициентов кратности посещений в одном обращении, относительных коэффициентов стоимости посещения различных специалистов, а также включенных в его стоимость медицинских услуг, на основании данных медицинской статистики или персонифицированного учета сведений об оказанной по ОМС медицинской помощи, с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Значение использованных поправочных и относительных коэффициентов приведены в [таблице 1](#P1629).

Таблица 1

Величины использованных для расчета базового тарифа обращения

в связи с заболеванием поправочных и относительных коэффициентов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № стр. | Наименование услуги | Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении  | Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении  | Коэффициент относительной стоимости обращения  |
|   |   | взрослые | дети | взрослые | дети | взрослые | дети |
|   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. | Врач-травматолог-ортопед (травмпункт) | 2,49 | 2,50 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 2. | Акушерка (с возложением отдельных функций врача) | 2,57 | 2,57 | 1,13 | 1,13 | 1,35 | 1,35 |
| 3. | Врач-акушер-гинеколог | 2,64 | 2,69 | 1,30 | 1,30 | 1,55 | 1,55 |
| 4. | Врач-аллерголог-иммунолог | 2,78 | 2,78 | 0,90 | 0,90 | 1,46 | 1,46 |
| 5. | Врач-гастроэнтеролог | 2,3 | 2,22 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 6. | Врач-гематолог | 2,34 | 2,08 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 7. | Врач-генетик | 2,26 | 2,30 | 0,95 | 0,97 | 2,92 | 2,98 |
| 8. | Врач-дерматовенеролог | 2,47 | 2,45 | 1,44 | 1,44 | 1,06 | 1,06 |
| 9. | Врач-детский онколог | 0 | 2,92 | 0,00 | 1,04 | 0 | 0,95 |
| 10. | Врач-детский хирург | 0 | 2,62 | 0,00 | 1,04 | 0 | 0,95 |
| 11. | Врач-детский эндокринолог | 0 | 2,83 | 0,00 | 0,86 | 0 | 1,51 |
| 12. | Врач-диабетолог | 2,1 | 2,10 | 0,86 | 0,86 | 1,51 | 1,51 |
| 13. | Врач-инфекционист | 2,47 | 2,41 | 0,82 | 0,82 | 1,05 | 1,05 |
| 14. | Врач-кардиолог | 2,42 | 0,00 | 1,07 | 0,00 | 1,04 | 0 |
| 15. | Врач-клинический фармаколог | 2,9 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 0,81 | 0 |
| 16. | Врач-колопроктолог | 2,31 | 2,31 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 17. | Врач по лечебной физкультуре | 2,71 | 2,84 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 18. | Врач-невролог | 2,52 | 2,52 | 1,01 | 1,01 | 1,02 | 1,02 |
| 19. | Врач-нейрохирург | 2,22 | 2,22 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 20. | Врач-нефролог | 2,13 | 2,68 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 21. | Врач общей практики (семейный врач) | 2,65 | 2,76 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 22. | Врач-онколог | 2,98 | 0,00 | 1,04 | 0,00 | 0,95 | 0 |
| 23. | Врач-отоларинголог | 2,54 | 2,57 | 1,41 | 1,41 | 1 | 1 |
| 24. | Врач-офтальмолог | 2,51 | 2,53 | 1,30 | 1,30 | 0,79 | 0,79 |
| 25. | Врач-педиатр | 0 | 2,56 | 0,00 | 0,97 | 0 | 1,25 |
| 26. | Врач-педиатр участковый | 0 | 2,78 | 0,00 | 0,97 | 0 | 1,25 |
| 27. | Врач-пульмонолог | 2,3 | 2,09 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 28. | Врач-ревматолог | 2,49 | 2,03 | 1,07 | 1,07 | 1,04 | 1,04 |
| 29. | Врач-сердечно-сосудистый хирург | 2,39 | 2,39 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 30. | Врач-сурдолог-оториноларинголог | 2,3 | 2,00 | 0,95 | 0,97 | 0,67 | 0,69 |
| 31. | Врач-терапевт | 2,52 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 0,81 | 0 |
| 32. | Врач-терапевт участковый | 2,58 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 0,81 | 0 |
| 33. | Врач-терапевт подростковый | 0 | 2,69 | 0,00 | 0,97 | 0 | 1,25 |
| 34. | Врач-терапевт участковый цехового врачебного участка | 2,51 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 2,52 | 0 |
| 35. | Врач-торакальный хирург | 2,08 | 2,08 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 36. | Врач-травматолог-ортопед | 2,65 | 2,44 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 37. | Врач-уролог | 2,56 | 0,00 | 0,90 | 0,00 | 0,66 | 0 |
| 38. | Врач-физиотерапевт | 2,69 | 2,79 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 39. | Врач-хирург | 2,63 | 0,00 | 1,04 | 0,00 | 0,95 | 0 |
| 40. | Врач-эндокринолог | 2,83 | 0,00 | 0,86 | 0,00 | 1,51 | 0 |
| 41. | Фельдшер | 2,54 | 2,68 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 42. | Акушерка | 2,4 | 2,40 | 1,30 | 1,30 | 1,55 | 1,55 |
| 43. | Врач-детский уролог-андролог | 0 | 2,64 | 0,00 | 0,90 | 0 | 0,66 |
| 44. | Врач-детский кардиолог | 0 | 2,53 | 0,00 | 1,07 | 0 | 1,04 |
| 45. | Врач-педиатр (ДШО) | 0 | 2,56 | 0,00 | 0,97 | 0 | 1,25 |
| 46. | Врач-педиатр (кабинеты, отделения медицинской профилактики) | 0 | 2,56 | 0,00 | 0,97 | 0 | 1,25 |
| 47. | Врач-педиатр (неотложная медицинская помощь) | 0 | 2,78 | 0,00 | 0,97 | 0 | 1,25 |
| 48. | Медицинская сестра педиатрическая | 0 | 2,56 | 0,00 | 0,97 | 0 | 1,25 |
| 49. | Врач-терапевт (неотложная медицинская помощь) | 2,57 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 0,81 | 0 |
| 50. | Врач-терапевт (кабинеты, отделения медицинской профилактики) | 2,51 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 0,81 | 0 |
| 51. | Врач-челюстно-лицевой хирург | 2,63 | 2,62 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 52. | Медицинская сестра | 2,52 | 2,52 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 0 |
| 53. | Врач по спортивной медицине | 2,52 | 2,56 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 54. | Фельдшер (с возложением отдельных функций врача) | 2,52 | 2,56 | 0,95 | 0,97 | 0,81 | 1,25 |
| 55. | Врач-радиолог | 2,74 | 2,74 | 1,04 | 1,04 | 0,95 | 0,95 |
| 56. | Врач-гериатр | 2,52 | 0,00 | 0,95 | 0,00 | 0,81 | 0 |

3. Для расчета базового тарифа посещения применяется коэффициент относительной стоимости посещения, приведенный в [таблице 2](#P2262).

Таблица 2

Величины коэффициента относительной стоимости посещения,

используемого для расчета базового тарифа посещения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №стр. | Наименование услуги | Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности |
| взрослые | дети |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Врач-травматолог-ортопед (травмпункт) | 0,9113 | 0,9113 |
| 2. | Акушерка (с возложением отдельных функций врача) | 1,1941 | 1,1941 |
| 3. | Врач-акушер-гинеколог | 1,1941 | 1,1941 |
| 4. | Врач-аллерголог-иммунолог | 1,6206 | 1,6206 |
| 5. | Врач-гастроэнтеролог | 0,8554 | 1,2900 |
| 6. | Врач-гематолог | 0,8554 | 1,2900 |
| 7. | Врач-генетик | 3,0700 | 3,0700 |
| 8. | Врач-дерматовенеролог | 0,7348 | 0,7348 |
| 9. | Врач-детский онколог | 0 | 0,9113 |
| 10. | Врач-детский хирург | 0 | 0,9113 |
| 11. | Врач-детский эндокринолог | 0 | 1,7598 |
| 12. | Врач-диабетолог | 1,7598 | 1,7598 |
| 13. | Врач-инфекционист | 1,2842 | 1,2842 |
| 14. | Врач-кардиолог | 0,9740 | 0 |
| 15. | Врач-клинический фармаколог | 0,8554 | 0 |
| 16. | Врач-колопроктолог | 0,9113 | 0,9113 |
| 17. | Врач по лечебной физкультуре | 0,8554 | 1,2900 |
| 18. | Врач-невролог | 1,0148 | 1,0148 |
| 19. | Врач-нейрохирург | 0,9113 | 0,9113 |
| 20. | Врач-нефролог | 0,8554 | 1,2900 |
| 21. | Врач общей практики (семейный врач) | 0,8554 | 1,2900 |
| 22. | Врач-онколог | 0,9113 | 0 |
| 23. | Врач-отоларинголог | 0,7102 | 0,7102 |
| 24. | Врач-офтальмолог | 0,6088 | 0,6088 |
| 25. | Врач-педиатр | 0 | 1,2900 |
| 26. | Врач-педиатр участковый | 0 | 1,2900 |
| 27. | Врач-пульмонолог | 0,8554 | 1,2900 |
| 28. | Врач-ревматолог | 0,9740 | 0,9740 |
| 29. | Врач-сердечно-сосудистый хирург | 0,9113 | 0,9113 |
| 30. | Врач-сурдолог-оториноларинголог | 0,7102 | 0,7102 |
| 31. | Врач-терапевт | 0,8554 | 0 |
| 32. | Врач-терапевт участковый | 0,8554 | 0 |
| 33. | Врач-терапевт подростковый | 0 | 1,2900 |
| 34. | Врач-терапевт участковый цехового врачебного участка | 0,8554 | 0 |
| 35. | Врач-торакальный хирург | 0,9113 | 0,9113 |
| 36. | Врач-травматолог-ортопед | 0,9113 | 0,9113 |
| 37. | Врач-уролог | 0,7374 | 0 |
| 38. | Врач-физиотерапевт | 0,8554 | 1,2900 |
| 39. | Врач-хирург | 0,9113 | 0 |
| 40. | Врач-эндокринолог | 1,7598 | 0 |
| 41. | Фельдшер | 0,8554 | 1,2900 |
| 42. | Акушерка | 1,1941 | 1,1941 |
| 43. | Врач-детский уролог-андролог | 0 | 0,7374 |
| 44. | Врач-детский кардиолог | 0 | 0,9740 |
| 45. | Врач-педиатр (ДШО) | 0 | 1,2900 |
| 46. | Врач-педиатр (кабинеты, отделения медицинской профилактики) | 0 | 1,2900 |
| 47. | Врач-педиатр (неотложная медицинская помощь) | 0 | 1,2900 |
| 48. | Медицинская сестра педиатрическая | 0 | 1,2900 |
| 49. | Врач-терапевт (неотложная медицинская помощь) | 0,8554 | 0 |
| 50. | Врач-терапевт (кабинеты, отделения медицинской профилактики) | 0,8554 | 0 |
| 51. | Врач-челюстно-лицевой хирург | 0,9113 | 0,9113 |
| 52. | Медицинская сестра | 0,8554 | 0 |
| 53. | Врач по спортивной медицине | 0,8554 | 1,2900 |
| 54. | Фельдшер (с возложением отдельных функций врача) | 0,8554 | 1,2900 |
| 55. | Врач-радиолог | 0,9113 | 0,9113 |
| 56. | Врач-гериатр | 0,8554 | 0 |

4. Расчет тарифа обращения в связи с проведением диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан выполнен в соответствии с Методическими рекомендациями с учетом коэффициента к стоимости услуги в части доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи (74,22%).

5. Расчет тарифа обращения в связи с проведением профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан производится согласно определенному Министерством здравоохранения Российской Федерации перечню осмотров и исследований, выполняемых при их проведении (стандарту законченного случая диспансеризации или осмотра) и в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 №158н (далее – Методика расчета тарифов).

6. Для расчета базового тарифа посещения в неотложной форме применяется поправочный коэффициент, который определяется как соотношение норматива финансовых затрат на одно посещение с профилактической целью к нормативу финансовых затрат на одно посещение в неотложной форме, установленным Территориальной программой.

7. КфОЗ, применяемый к базовому тарифу посещения амбулаторно-поликлинического учреждения по цели обращения за медицинской помощью, определяется согласно [таблицы 3](#P2522).

Таблица 3

Коэффициент относительной затратоемкости оказания

медицинской помощи (КфОЗ), применяемый к базовому тарифу

посещения амбулаторно-поликлинического учреждения

по цели обращения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № стр. | Наименование (вид) посещения | Врачи | Средний медицинский персонал, ведущий самостоятельный прием |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Посещение в связи с заболеванием: |
| 1.1. | посещение в связи с заболеванием | 0,50 | 0,25 |
| 1.2. | посещение в связи с заболеванием на дому | 1,00 | 1,00 |
| 2. | Профилактическое посещение | 1,00 | 1,00 |
| 3. | Диспансерное посещение: |
| 3.1. | диспансерное посещение | 1,00 | 1,00 |
| 3.2. | диспансерное посещение на дому | 1,20 | 1,00 |
| 4. | Патронаж | 1,00 | 1,00 |
| 5. | Консультативное посещение | 1,00 | - |
| 6. | Прочее посещение | 0,25 | 0,25 |
| 7. | Посещение в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме: |
| 7.1. | посещение в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме | 1,27 | 1,27 |
| 7.2. | посещение в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме на дому | 1,905 | 1,905 |

8. В целях дифференциации тарифов посещений, обращений (за исключением тарифов на проведение диспансеризации и профилактического осмотра для отдельных категорий граждан, тарифам посещения и обращения, предоставляемых в амбулаторных условиях, кроме посещений при оказании неотложной медицинской помощи и консультативных посещений, а также тарифов центров здоровья) определяется коэффициент уровня.

9. Для определения тарифов на стоматологические лечебно-диагностические услуги определяется стоимость условной единицы трудозатрат (базовая стоимость стоматологических услуг), которая рассчитывается в соответствии с Методикой расчета тарифов.

Базовая стоимость условной единицы трудозатрат (БСс) в 2019 году составляет 192,65 рублей.

Базовый тариф УЕТ на оплату стоматологической помощи случая оказания помощи взрослому населению составляет 183,04 рублей, детскому населению – 221,52 рублей.

 Расчет тарифов стоматологических лечебно-диагностических услуг (Тi) производится по следующей формуле:

Тi = БСс x КфПТi x Куетi, где

КфПТi - коэффициент потребления медицинской помощи i-той возрастной группы;

Куетi - количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установленные в соответствии с Методическими рекомендациями ([Приложение 1](#P16218)8 к настоящему тарифному соглашению).

II. Порядок определения дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

10. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования рассчитывается по следующей формуле:

ПдНФбаз = (ОФАПтпомс – ОАПП Т) / Чзск, где

ПдНФ- базового (среднего) подушевого норматива финансирования;

ОФАПтпомс - объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитанный исходя из параметров территориальной программы ОМС, за исключением средств, предназначенных для возмещения другим территориальным фондам затрат по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным в Ставропольском крае лицам за пределами территории, и средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС СК;

ОАППТ- стоимость медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оплата которых осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Чзск - численность застрахованного населения Ставропольского края по состоянию на 01.01.2018 год.

11. На основе ПдНФбаз рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций по следующей формуле:

ПдНФ*i*= ПдНФбаз × КфПДинтi, где:

ПдНФ*i*- дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций;

КфПДинтi- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива. Наличие единственной медицинской организации в группе не допускается. В случае, если к одной из группы была отнесена только одна медицинская организация, подгруппа, к которой отнесена единственная медицинская организация, объединяется с ближайшей подгруппой.

12. Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДИНТ = КДПВ×КДСП×КДСИ×КДСУБ, где:

КДИНТ - интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

КДПВ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КДСП - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (содержание медицинских подразделений, расположенных в детских дошкольных и образовательных учреждениях);

КДСИ - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

КДСУБ - коэффициент дифференциации, учитывающий компенсационные выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (за работу в пустынных и безводных местностях).

При этом при расчете каждого коэффициента дифференциации значение равное 1, соответствует средневзвешенному уровню расходов, учитываемых для расчета коэффициента.

По каждому коэффициенту дифференциации определяются группы медицинских организаций, исходя из уровня отклонения значения показателя дифференциации для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, от среднего по всем медицинским организациям Ставропольского края, имеющих прикрепленное население.

Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации ранжируются от минимального до максимального значения, и объединяются в однородные группы, c последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы КфПДинт.

13. Значение КДПВ определяется по следующей формуле:

КДПВ *i* = ∑( ПдНФбаз х Ч*i* x К*i*) / Ч*i*, где

Ч*i* - численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, попадающих в i-й половозрастной интервал по состоянию на 01.11.2018;

К*i* - коэффициент потребления медицинской помощи по половозрастным группам проводится на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за 9 месяцев 2018 года, в расчете на одного прикрепленного застрахованного.

Значения Кi, используемые для расчета КДПВ приведены в [таблице](#P1566) 4.

Таблица 4

Коэффициент дифференциации (Кi) для каждой половозрастной группы

застрахованных лиц применяемый для расчета КДПВ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Половозрастная дифференциация | Кi |
| 1 | 2 |
| 1. | ноль - один год мужчины | 2,50 |
| 2. | ноль - один год женщины | 2,42 |
| 3. | один год - четыре года мужчины | 1,77 |
| 4. | один год - четыре года женщины | 1,74 |
| 5. | пять лет - семнадцать лет мужчины | 1,32 |
| 6. | пять лет - семнадцать лет женщины | 1,29 |
| 7. | восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины | 0,52 |
| 8. | восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины | 0,77 |
| 9. | шестьдесят лет и старше мужчины | 1,12 |
| 10. | пятьдесят пять лет и старше женщины | 1,47 |

Значения КДПВ, используемые для расчета КДИНТ приведены в [таблице](#P1566) 5.

Таблица 5

Коэффициент дифференциации (КДПВ) для расчета КДИНТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Группа медицинских организаций | КДПВ |
| 1 | 2 |
| 1. | Группа 1 | 0,9 |
| 2. | Группа 2 | 0,99 |
| 3. | Группа 3 | 1,01 |
| 4. | Группа 4 | 1,02 |
| 5. | Группа 5 | 1,46 |

14. Значения коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (содержание медицинских подразделений, расположенных в детских дошкольных и образовательных учреждениях) (КДСП) определяются на основании следующих данных:

КДСП*i*$ =\frac{Расхi}{СрРасх}$ , где

Расх*i* – средний уровень затрат i-ой медицинской организации в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо, с учетом расходов на содержание отдельных структурных подразделений (ДШО);

СрРасх – средний уровень затрат по Ставропольскому краю в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо, с учетом расходов на содержание отдельных структурных подразделений (ДШО).

Значения КДСП*i*, используемые для расчета КДИНТ приведены в [таблице](#P1566) 6.

Таблица 6

Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (содержание медицинских подразделений, расположенных в детских дошкольных и образовательных учреждениях) применяемый для расчета КДИНТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Группа медицинских организаций | КДСП*i* |
| 1 | 2 |
| 1. | Группа 1 | 0,881 |
| 2. | Группа 2 | 0,989 |
| 3. | Группа 3 | 1,453 |

15. Значения коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание медицинской организации определяются на основании следующих данных:

КДСИ*i*$ =\frac{Расхi}{СрРасх}$ , где

Расх*i* – средний уровень затрат i-ой медицинской организации в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо, с учетом расходов на содержание медицинской организации по статьям расходов;

СрРасх – средний уровень затрат по Ставропольскому краю в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо, с учетом расходов на содержание медицинской организации по статьям расходов.

Значение КДСИ определяется исходя из уровня расходов на содержание медицинских организаций**~~.~~**

Значения КДСИ*i*, используемые для расчета КДИНТ приведены в [таблице](#P1566) 7.

Таблица 7

Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинской организации применяемый для расчета КДИНТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Группа медицинских организаций | КДСИ*i* |
| 1 | 2 |
| 1. | Группа 1 | 0,319 |
| 2. | Группа 2 | 0,465 |
| 3. | Группа 3 | 0,455 |
| 4. | Группа 4 | 0,697 |
| 5. | Группа 5 | 0,514 |
| 6. | Группа 6 | 0,616 |
| 7. | Группа 7 | 0,738 |
| 8. | Группа 8 | 1,357 |
| 9. | Группа 9 | 1,142 |
| 10. | Группа 10 | 1,810 |
| 11. | Группа 11 | 1,709 |

16. Значения коэффициента дифференциации, учитывающего компенсационные выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (за работу в пустынных и безводных местностях) (КДСУБ), определяются по формуле:

КДСУБ*i* $=\frac{Расх(ЗП)ᵢ}{СрРасх(ЗП)}$ , где

Расх ЗП*i* – средний уровень затрат i-ой медицинской организации на 1 прикрепленное застрахованное лицо с учетом расходов на компенсационные выплаты за работу в пустынных и безводных местностях;

СрРасх ЗП – средний уровень затрат на 1 прикрепленное застрахованное лицо с учетом расходов на компенсационные выплаты за работу в пустынных и безводных местностях по Ставропольскому краю.

Значения КДСУБ*i*, используемые для расчета КДИНТ приведены в [таблице](#P1566) 8.

Таблица 8

Коэффициент дифференциации, учитывающий компенсационные выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (за работу в пустынных и безводных местностях) применяемый для расчета КДИНТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Группа медицинских организаций | КДСУБ*i* |
| 1 | 2 |
| 1. | Группа 1 | 0,987 |
| 2. | Группа 2 | 1,073 |

17. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (КфПК) по формуле:

КфПК$=\frac{∑ᵢ (ПдНФi ×Чзi) }{ПдНФбаз × Чз}$ , где

Чз*i* - численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той группе медицинских организаций;

Чз - численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям Ставропольского края.

18. Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-той группы медицинских организаций (ФПдНФ) рассчитывается по формуле:

$ФПдНФi=\frac{\begin{array}{c}\\ПдНФi \end{array}}{КфПК}$ , где

ФПдПФ*i* - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

19. Исходя из значений КДинт определяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (КфПДинтi).

Значения СКД*i*, используемые для расчета $ФПдНФ$*i* приведены в [таблице](#P1566)9.

Таблица 9

Значения КфПДинт и $ФПдНФ$,

использованные для расчета финансового обеспечения

оказания амбулаторной медицинской помощи

 рублей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № стр. | Группа | КфПДинтi | Ф$ПдНФ$*i* , в месяц |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | 1 группа | 0,25 | 31,36 |
| 2. | 2 группа | 0,40 | 50,17 |
| 3. | 3 группа | 0,60 | 75,25 |
| 4. | 4 группа | 0,71 | 89,05 |
| 5. | 5 группа | 0,97 | 121,66 |
| 6. | 6 группа | 1,08 | 135,45 |
| 7. | 7 группа | 1,35 | 169,32 |
| 8. | 8 группа | 1,45 | 181,86 |
| 9. | 9 группа | 1,80 | 225,76 |
| 10. | 10 группа | 2,50 | 313,55 |
| 11 | 11 группа | 2,90 | 363,72 |

20. Фактический размер финансового обеспечения (ФОС) медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ФДПн, осуществляется с учетом межучрежденческих расчетов, проводимых СМО, и результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, и рассчитывается по формуле:

ФОС = ФПдНФi \* Чзi – ОСдр+ ОСнепр – ОСуд, где

ОСдр – объем средств за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную прикрепленным к МО лицам в других МО в отчетном месяце;

ОСнепр – объем средств за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную неприкрепленным к МО застрахованным лицам в отчетном месяце;

ОСуд – объем удержаний в отчетном месяце по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

21. Для определения на 2019 год ежемесячного размера финансового обеспечения медицинской организации, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи которой осуществляется по ФПдНФi на прикрепившихся лиц, используются данные РСЕРЗ о численности застрахованных лиц, прикрепившихся к конкретной медицинской организации, по состоянию на 01.11.2018. В дальнейшем сведения о численности корректируются на первое число каждого месяца отчетного квартала в целях корректировки размера финансового обеспечения медицинской организации.

III. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи,

оказанной в стационарных условиях и в условиях

дневного стационара

22. Расчет базовой ставки (БС) законченного случая оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара осуществляется исходя из общего объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой ОМС по стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи (за исключением средств, направляемых на оплату направляемых на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, высокотехнологичной медицинской помощи, услуг при проведении диализа) и общего количества случаев госпитализации, подлежащих оплате в рамках системы КСГ с учетом среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

При этом размер базовой ставки (БС) в стационарных условиях должен быть не ниже 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, а в условиях дневного стационара не ниже 60% от норматива финансовых затрат 1 случай лечения, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования.

В случае значительных отклонений фактических значений от расчетных возможна корректировка базовой ставки не чаще одного раза в квартал.

23. Для расчета базового тарифа КСГ применяется коэффициент относительной затратоемкости (КфОЗ) по КСГ, коэффициент управленческой коррекции (КфУК), установленные настоящим тарифным соглашением, с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, и коэффициент дифференциации (КД) в размере 1,003.

24. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ определяется по формуле:

CCксг = БС \* КфОЗ \* КфУК \* КфД \* КфПУ \* КФСЛ, где:

КФОЗ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (определены методическими рекомендациями, значения приведены в приложении 1 и 2 к настоящей методике);

КфУК – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен случай госпитализации (значения приведены в приложении 1 и 2 к настоящей методике), применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи;

КфПУ – коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара

КФСЛ – коэффициент сложности лечения пациентов, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях (применение коэффициентов при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской реабилитации и медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара не предусмотрено).

25. В целях урегулирования уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную группу КСГ, стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения, к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях устанавливается управленческий коэффициент. Управленческий коэффициент применяется с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в монопрофильных медицинских организациях. Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи и устанавливается в диапазоне от 0,8 до 1,4.

26. По ряду КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющих высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающих одинаковое применение диагностики и лечения на различных уровнях оказания медицинской помощи, КфПУ при расчетах не применяется.

Для одного уровня оказания медицинской помощи может быть установлено не более пяти коэффициентов подуровня. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях КфПУ третьего уровня применяются медицинскими организациями, оказывающими ВМП, к тарифам КСГ, выполняемым ими на койках профиля, соответствующего профилю оказываемой ВМП, а к тарифам иных КСГ – КфПУ второго уровня.

При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара КфПУ применяется в размере 1,0.

27. Перечень КФСЛ, порядок их применения и значения коэффициентов приведены в таблице 12 ст. 44 Тарифного соглашения.

Значение КфСЛ01 - КфСЛ05 установлен настоящим тарифным соглашением, с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Суммарное значение КфСЛ при наличии нескольких оснований применения КфСЛ к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях не может превышать 1,8.

Расчет суммарного значения КфСЛ при наличии нескольких оснований применения выполняется по формуле:

КфСЛсумм = КфСЛ01 + (КфСЛ02 - 1) + (КфСЛ03 - 1) + (КфСЛ04 - 1) + (КфСЛ05 – 1)

28. Определение стоимости случая госпитализации с прерванными сроками лечения осуществляется в соответствии со ст. 31 Тарифного соглашения.

29. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний при оказании высокотехнологичной медицинской помощи соответствуют нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленному программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов с учетом доли норматива финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи, к которой применяется КфД (КфД =1,003).

IV. Порядок расчета тарифов на оплату скорой

медицинской помощи

30. Расчет тарифов вызова скорой медицинской помощи проводится с учетом Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н.

31. Базовые тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи, медицинской эвакуации дифференцируются в зависимости от пробега автомобиля скорой медицинской помощи, а также состава и профиля бригады скорой медицинской помощи и выполнения тромболитической терапии.

Базовые тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи определены с учетом данных медицинских организаций о фактических расходах на выполнение этих услуг и в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, определенной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н. В расчет тарифов включены затраты медицинских организаций, непосредственно связанные с оказанием скорой медицинской помощи и потребляемые в процессе ее оказания, и ресурсы, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

32. Размер ПдНФбаз скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

ПдНФбаз = (ОФсктпомс - ОСв) / Чз, где

ОФсктпомс - объем финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитанный исходя из параметров территориальной программы ОМС, за исключением средств, предназначенных для возмещения другим территориальным фондам затрат по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным в Ставропольском крае лицам за пределами территории, и средств, направляемых на формирование нормированного страхового запаса ТФОМС СК;

ОСв - объем финансовых средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации по тарифам за вызов;

Чз - численность застрахованного населения Ставропольского края по состоянию на 01.01.2018.

33. В целях дифференциации ПдНФбаз скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев оказания медицинской помощи медицинскими организациями (нагрузка на бригаду скорой помощи, количество вызовов на 1 застрахованное лицо на территории обслуживания) рассчитывается средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (КфПДинт), определенный для i-й группы (подгруппы) медицинских организаций.

ПдНФ*i*= ПдНФбаз × КфПДинт, где:

ПдНФ*i*- дифференцированный подушевой норматив для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций;

КфПДинт- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

34. Объединение медицинских организаций в однородные группы осуществляется исходя из значений коэффициента дифференциации подушевого норматива.

Интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива (КДИНТ) определяется по каждой медицинской организации по следующей формуле:

КДИНТ = КДПВ×КДСИ×КДСУБ, где

КДПВ - половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации;

КДСИ - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций;

КДСУБ - коэффициент дифференциации, учитывающий компенсационные выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (за работу в пустынных и безводных местностях).

35. Значение КДПВ определяется по следующей формуле:

КДПВ = ∑( ПдНФбаз x Чi x Кi) / ДПн, где

Чi - численность обслуживаемого ПСМП застрахованного населения в i-й половозрастной интервал по состоянию на 01.12.2018;

Кi - коэффициент дифференциации для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за 9 месяцев 2017 года, по численности застрахованных лиц, обратившихся за скорой медицинской помощью, оказанной вне медицинской организации за данный период.

Значения Кi, используемые для расчета КДПВ приведены в [таблице](#P2677) 10.

Таблица 10

Коэффициенты

дифференциации (Кi) для каждой половозрастной группы

застрахованных лиц применяемый для расчета КфПол

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Половозрастная дифференциация | Кi |
| 1 | 2 |
| 1. | ноль - один год мужчины | 2,45 |
| 2. | ноль - один год женщины | 2,13 |
| 3. | один год - четыре года мужчины | 1,48 |
| 4. | один год - четыре года женщины | 1,32 |
| 5. | пять лет - семнадцать лет мужчины | 0,48 |
| 6. | пять лет - семнадцать лет женщины | 0,45 |
| 7. | восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины | 0,57 |
| 8. | восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины | 0,66 |
| 9. | шестьдесят лет и старше мужчины | 1,67 |
| 10. | пятьдесят пять лет и старше женщины | 2,11 |

Значения КДПВ, используемые для расчета КДИНТ приведены в [таблице](#P1566) 11.

Таблица 11

Коэффициент дифференциации (КДПВ) для расчета КДИНТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Группа медицинских организаций | КДПВ |
| 1 | 2 |
| 1. | Группа 1 | 0,976 |
| 2. | Группа 2 | 1,024 |

36. Значения коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание медицинской организации определяются на основании следующих данных:

КДСИ*i*$ =\frac{Расхi}{СрРасх}$ , где

Расх*i* – средний уровень затрат i-ой медицинской организации в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо, с учетом расходов на содержание медицинской организации по статьям расходов, в том числе расходов при медицинской эвакуации пациентов в зависимости от пробега автомобиля скорой медицинской помощи, за предыдущий период;

СрРасх – средний уровень затрат по Ставропольскому краю в расчете на одно прикрепленное застрахованное лицо, с учетом расходов на содержание медицинской организации по статьям расходов, в том числе расходов при медицинской эвакуации пациентов в зависимости от пробега автомобиля скорой медицинской помощи, за предыдущий период.

Значение КДСИ определяется исходя из уровня расходов на содержание медицинских организаций**.**

Значения КДСИ*i*, используемые для расчета КДИНТ приведены в [таблице](#P1566) 12.

Таблица 12

Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинской организации применяемый для расчета КДИНТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Группа медицинских организаций | КДСИ*i* |
| 1 | 2 |
| 1. | Группа 1 | 0,620 |
| 2. | Группа 2 | 0,785 |
| 3. | Группа 3 | 1,012 |
| 4. | Группа 4 | 1,306 |
| 5. | Группа 5 | 1,330 |

37. Значения коэффициента дифференциации, учитывающего компенсационные выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (за работу в пустынных и безводных местностях) (КДСУБ), определяются по формуле:

КДСУБ*i* $=\frac{Расх(ЗП)ᵢ}{СрРасх(ЗП)}$ , где

Расх ЗП*i* – средний уровень затрат i-ой медицинской организации на 1 прикрепленное застрахованное лицо с учетом расходов на компенсационные выплаты за работу в пустынных и безводных местностях;

СрРасх ЗП – средний уровень затрат на 1 прикрепленное застрахованное лицо с учетом расходов на компенсационные выплаты за работу в пустынных и безводных местностях по Ставропольскому краю.

Значения КДСУБ*i*, используемые для расчета КДИНТ приведены в [таблице](#P1566) 13.

Таблица 13

Коэффициент дифференциации, учитывающего компенсационные выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (за работу в пустынных и безводных местностях) применяемый для расчета КДИНТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № стр. | Группа медицинских организаций | КДСУБ*i* |
| 1 | 2 |
| 1. | Группа 1 | 0,991 |
| 2. | Группа 2 | 1,045 |

38. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

КфПК$=\frac{∑ᵢ (ПдНФi ×Чзi) }{ПдНФбаз × Чз}$ , где

Чз*i* – численность обслуживаемого ПСМП застрахованного населения, i-той группы медицинских организаций;

Чз - численность обслуживаемого ПСМП застрахованного населения медицинских организаций Ставропольского края.

39. Фактический дифференцированный подушевой норматив для i-той группы медицинских организаций (ФПдНФ*i*) рассчитывается по формуле:

$ФПдНФi=\frac{ПдНФi }{КфПК}$ , где

ФПдНФ*i* - фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций.

40. Исходя из значений КДинт определяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива для i-той группы (подгруппы) медицинских организаций (КфПДинт).

Значения КфПДинт, используемые для расчета $ФПдНФ$*i* приведены в [таблице](#P1566)14.

Таблица 14

Значения КфПДинт и $ФПдНФ$,

использованные для расчета финансового обеспечения

оказания скорой медицинской помощи

 рублей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № стр. | Группа | КфПДинт | Ф$ПдНФ$*i* , в месяц |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | 1 группа | 0,600 | 31,49 |
| 2. | 2 группа | 0,840 | 44,09 |
| 3. | 3 группа | 1,032 | 54,17 |
| 4. | 4 группа | 1,263 | 66,29 |
| 5. | 5 группа | 1,350 | 70,86 |

41. Фактический размер финансового обеспечения (ФОС) медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации определяется исходя из значения ФДПн, численности обслуживаемого населения, объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов и результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, и рассчитывается по формуле:

ФОС = ФПдНФ*i* \* Чзi + ОСв – ОСуд, где

ОСв – объем медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов;

ОСуд – объем удержаний в отчетном месяце по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

42. Для определения ежемесячного размера финансового обеспечения медицинской организации, оплата скорой медицинской помощи которой осуществляется по ФПдНФ*i* на численность, обслуживаемого ПСМП застрахованного населения, прикрепившихся к конкретной медицинской организации, по состоянию на 01.12.2018. В дальнейшем сведения о численности корректируются на первое число каждого месяца отчетного квартала в целях корректировки размера финансового обеспечения медицинской организации.

V. Порядок расчета тарифов на оплату услуг диализа.

43. Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги A18.05.002 "Гемодиализ") и перитонеального диализа (код услуги A18.30.001 "Перитонеальный диализ"), рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ.

44. Для последующего расчета остальных услуг диализа, оказываемых на территории субъекта Российской Федерации, к базовому тарифу применяются рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости.

Таблица 15

Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам

 для оплаты диализа (без учета коэффициента дифференциации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № стр. | Код услуги | Наименование услуги | Условия оказания | Единица оплаты | КфОЗ |
| Услуги гемодиализа |
| 1. | A18.05.002 | Гемодиализ | стационарно, дневной стационар, амбулаторно | услуга | 1,00 |
| 2. | A18.05.002.002 | Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный | стационарно, дневной стационар, амбулаторно | услуга | 1,00 |
| 3. | A18.05.002.001 | Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный | стационарно, дневной стационар, амбулаторно | услуга | 1,05 |
| 4. | A18.05.011 | Гемодиафильтрация | стационарно, дневной стационар, амбулаторно | услуга | 1,08 |
| 5. | A18.05.004 | Ультрафильтрация крови | стационарно | услуга | 0,92 |
| 6. | A18.05.002.003 | Гемодиализ интермиттирующий продленный | стационарно | услуга | 2,76 |
| 7. | A18.05.003 | Гемофильтрация крови | стационарно | услуга | 2,88 |
| 8. | A18.05.004.001 | Ультрафильтрация продленная | стационарно | услуга | 2,51 |
| 9. | A18.05.011.001 | Гемодиафильтрация продленная | стационарно | услуга | 3,01 |
| 10. | A18.05.002.005 | Гемодиализ продолжительный | стационарно | сутки | 5,23 |
| 11. | A18.05.003.002 | Гемофильтрация крови продолжительная | стационарно | сутки | 5,48 |
| 12. | A18.05.011.002 | Гемодиафильтрация продолжительная | стационарно | сутки | 5,73 |
| Услуги перитонеального диализа |
| 13. | A18.30.001 | Перитонеальный диализ | стационарно, дневной стационар, амбулаторно | день обмена | 1,00 |
| 14. | A18.30.001.001 | Перитонеальный диализ проточный | стационарно | день обмена | 4,92 |
| 15. | A18.30.001.002 | Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий | стационарно, дневной стационар, амбулаторно | день обмена | 1,24 |
| 16. | A18.30.001.003 | Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации | стационарно, дневной стационар, амбулаторно | день обмена | 1,09 |

Применение КфД (1,003) к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.