

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания от 30 декабря 2021 года

г. Владикавказ

17 февраля 2022 года

Правительство Республики Северная Осетия-Алания в лице Заместителя Председателя Правительства Республики Северная Осетия-Алания Тугановой Ларисы Александровны, Министра здравоохранения Республики Северная Осетия - Алания Тебиева Сослана Аркадьевича, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания в лице директора Дзагоева Алана Руслановича, страховые медицинские организации в лице заместителя директора филиала общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» в Республике Северная Осетия - Алания Гудиевой Зарифы Деулетовны, медицинские профессиональные некоммерческие организации и их ассоциации в лице председателя региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников» Республики Северная Осетия - Алания Астаховой Замиры Татарбековны, профессиональные союзы медицинских работников в лице члена Северо-Осетинской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Габараева Юрия Исаковича, вместе именуемые Сторонами, в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 02 февраля 2022 года № 11-7/И/2-1619 и № 00-10-26-2-06/750, а также в целях устранения нарушений, выявленных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по отдельным положениям Тарифного соглашения от 30 декабря 2021 года (письмо от 01.02.2022 № 00-10-26-2-06/720), во исполнение решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания от 17 февраля 2022 года (протокол № 2) заключили настоящее дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания от 30 декабря 2021 года о нижеследующем:

1. В разделе «Общие положения»:

1.1) абзац 13 пункта 1.1 раздела «Общие положения» изложить в

следующей редакции:

« – информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 января 2022 №11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы»;

1.2) абзац 14 пункта 1.1 раздела «Общие положения» изложить в следующей редакции:

« – Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 02 февраля 2022 года № 11-7/И/2-1619 и № 00-10-26-2-06/750 (далее – Инструкция)»;

2. В разделе 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Северная Осетия-Алания»:

2.1) дополнить пункт 2.1.1. абзацем следующего содержания:

«по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации - при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом критерия соответствия их требованиям, установленным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.»;

2.2) пункт 2.3.7.2. изложить в следующей редакции:

«2.3.7.2. Финансирование территориальных поликлиник по утвержденному дифференцированному подушевому нормативу осуществляется СМО, в соответствии с заключенными с медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в следующем порядке:

– авансирование медицинской организации производится в соответствии с заключенными между СМО и медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

– окончательный расчет производится ежемесячно путем оплаты предъявленного территориальной поликлиникой счета (с приложением реестра счета) за оказанные медицинские услуги отдельно прикрепленному и не прикрепленному населению к данной территориальной поликлинике, с учетом выданных авансов. СМО в свою очередь осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную прикрепленному населению, за вычетом средств по межучрежденческим взаиморасчетам, в пределах размера финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, не прикрепленным к данной территориальной поликлинике, оплачиваются СМО по тарифам,

определенным для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, из финансового обеспечения по подушевому нормативу тех поликлиник, к которым данные граждане прикреплены. В реестре счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной территориальной поликлинике, отражается, в том числе информация о направлениях от врачей других организаций, а также наименование территориальной поликлиники, к которой прикреплен пациент. Оплата счетов, за медицинские услуги, оказанные неприкрепленному населению, осуществляется при наличии направления на оказание плановой и консультативной медицинской помощи.

При оплате медицинской помощи 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также 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 в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, СМО определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке в размере 5 процентов от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД},$$

где:

$ОС_{ПН}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ОС_{РД}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке (далее

– объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

$ФДП_N^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией, частота проведения мониторинга - один раз в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности рекомендуется производить по итогам каждого полугодия.

Показатели результативности деятельности, порядок их применения устанавливаются приложением № 4 (4.1-4.2) к настоящему Тарифному соглашению. При этом коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования, необходимо предусмотреть стимулирующие выплаты медицинским работникам за достижение показателей результативности деятельности.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в приложении № 5.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, следует производить при условии фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

С учетом неблагоприятной эпидемиологической обстановки, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и особенностей оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствующий период финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, будет осуществляться с учетом показателей результативности деятельности после отмены действия Указа Главы Республики Северная Осетия-Алания от 18.03.2020 № 80 «О введении режима повышенной готовности в Республике Северная Осетия-Алания» и Указа Главы Республики Северная Осетия-Алания от 23.10.2021 № 364 «О мерах по предупреждению распространения

новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) на территории Республики Северная Осетия-Алания»;

2.3) пункт 2.3.14. изложить в следующей редакции:

«2.3.14. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций приведен в приложении № 5.»;

2.4) пункт 2.4.6.3. после абзаца 3 дополнить абзацем:

«При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением №6, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.»;

2.5) пункт 2.4.7. изложить в следующей редакции:

«2.4.7. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

2.4.7.1. В соответствии с Программой государственных гарантий к прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи 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;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении № 7 и в приложении №12.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует

критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения, не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–10 пункта 2.4.7.3. настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения.

Приложением №7 и приложением №12 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям по основаниям 1–7 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения) по КСГ, перечисленным в Приложении №7 и приложении №12, не может быть отнесен к прерванным случаям по основанию, изложенному в подпункте 8 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 и 8 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 85 процентов от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90 процентов от стоимости КСГ.

Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (85 процентов и 90 процентов соответственно).

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40 процентов от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 60 процентов от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпункте 7 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.4.7.2. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в «Группировщиках», являющихся приложениями 8 и 9 к Инструкции, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1–6 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные пунктом 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения) в следующих случаях:

1. При проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в «Группировщике»;

2. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличении интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в «Группировщиках» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день,

указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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

2.4.7.3. Оплата случая лечения по двум и более КСГ

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения основаниям;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне

лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

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

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. Проведение диализа.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ не допускается.»;

2.6) абзац 1 пункта 2.4.13. изложить в следующей редакции:

«При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги в условиях дневного стационара оплата осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и, при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи; получающим услуги диализа в стационарных условиях – по КСГ для оплаты услуг диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.»;

2.7) в пункте 2.5.1. слова «, за исключением услуг диализа, включающих различные методы» исключить;

2.8) пункт 2.5.3. изложить в следующей редакции:

«2.5.3. КСЛП в условиях дневного стационара не применяется.»;

2.9) абзац 2 пункта 2.5.8. изложить в следующей редакции:

«При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.»;

2.10) пункт 2.6.3. изложить в следующей редакции:

«2.6.3. По тарифу вызова оплачивается скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации с применением тромболитической терапии. Все случаи оказания скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации с применением тромболитической терапии, подлежат медико-экономической экспертизе.»;

2.11) в абзаце 3 пункта 2.8 слова «для медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, а также» исключить.

3. В разделе 3 «Тарифы на оплату медицинской помощи»:

3.1) в пункте 3.3.:

подпункт 3.3.5. дополнить абзацем следующего содержания:

«- расходов на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19).»;

абзацы 3,4,5 пункта 3.3.4. изложить в следующей редакции:

«коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающего уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения (КСзаб);

коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающего 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 (КДот);

коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающего проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц (КСпроф);»;

абзацы 14,15,16 пункта 3.3.4. изложить в следующей редакции:

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающего уровень и структуру заболеваемости

обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения приведены в приложении № 18 (18.1-18.2).

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающего 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 (КДот) приведены в приложении № 3.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающего проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц приведены в приложении № 19.»;

подпункт 3.3.6.9. изложить в следующей редакции:

«3.3.6.9. Базовые стоимости КСГ для оплаты услуг диализа (базовый тариф), коэффициенты относительной затратоемкости к базовым стоимостям КСГ для оплаты услуг диализа, стоимость услуг и стоимость КСГ для оплаты услуг диализа приведены в приложении №29 (29.1-29.2).

Тарифным соглашением устанавливаются базовые стоимости КСГ (базовый тариф) для оплаты услуг диализа, представляющие из себя тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»). Для последующего расчета стоимости КСГ для оплаты остальных услуг диализа, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратоемкости, представленные в приложении №29 (29.1-29.2).»;

дополнить подпунктом 3.3.8 следующего содержания:

«3.3.8. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой ОМС нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также

проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.»;

3.2) пункт 3.5.3. изложить в следующей редакции:

«3.5.3. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Стоимость КСГ для оплаты услуг диализа определяется путем применения к базовым стоимостям КСГ (базовому тарифу) для оплаты услуг диализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перитонеального диализа (код услуги А18.30.001 «Перитонеальный диализ»), установленным настоящим Тарифным соглашением, соответствующих коэффициентов относительной затратоемкости.

Базовые стоимости КСГ для оплаты услуг диализа (базовые тарифы), коэффициенты относительной затратоемкости к базовым стоимостям КСГ для оплаты услуг диализа, стоимость услуг и стоимость КСГ для оплаты услуг диализа приведены в приложении №29 (29.1-29.2).»;

3.3) пункт 3.6.6. изложить в следующей редакции:

«3.6.6. Базовый подушевой норматив включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), 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 Республики Северная Осетия-Алания.».

4. В перечне приложений к Тарифному соглашению

а) строку

«	5 Порядок оценки показателей деятельности и определения размера стимулирующих выплат медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, по результатам оказания первичной медико-санитарной помощи	»
---	--	---

изложить в следующей редакции:

«	5 Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций	»;
---	--	----

б) строку

«	11	Перечень КСГ, к которым в условиях дневного стационара не применяется коэффициент специфики (понижающий и повышающий)	»
---	----	---	---

изложить в следующей редакции:

«	11	Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию	».
---	----	---	----

5. Приложение № 2 «Перечень фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, базовые нормативы финансовых затрат, и соответствующие размеры их финансового обеспечения» изложить в редакции приложения №1 к настоящему дополнительному соглашению.

6. Приложение № 4 (4.1 - 4.2) «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц» изложить в редакции приложения №2 к настоящему дополнительному соглашению.

7. Приложение № 5 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций» изложить в редакции приложения №3 к настоящему дополнительному соглашению.

8. Приложение № 11 «Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию» изложить в редакции приложения № 4 к настоящему дополнительному соглашению.

9. Приложение № 22 (22.2) «Тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию для медицинских организаций при оказании медицинской помощи по поводу заболевания» дополнить строкой:

«	Обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (комплексное посещение)			».
	Медицинская реабилитация	18 788,7	18 788,7	

10. Приложение № 29 «Базовые тарифы на оплату диализа, коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам на оплату диализа и стоимость услуг диализа» изложить в редакции приложения № 5 к настоящему дополнительному соглашению.

11. Приложение № 20 «Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе медицинских организаций» изложить в редакции приложения № 6 к настоящему дополнительному соглашению.

12. В приложении № 33 «Перечень КСГ заболеваний с

коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации в стационарных условиях, коэффициенты специфики и средние сроки лечения» строки

«	360	st36.020	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 1)	0,26			»
	361	st36.021	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 2)	0,76			
	362	st36.022	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 3)	1,38			
	363	st36.023	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 4)	2,91			

исключить.

13. Приложение № 35 «Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» изложить в редакции приложения № 7 к настоящему дополнительному соглашению.

14. В приложении № 38 «Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения в условиях дневного стационара, коэффициенты специфики и средние сроки лечения»

а) строку

«	9	ds02.010	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)	8,96	1,3956735		»
---	---	----------	---	------	-----------	--	---

изложить в следующей редакции:

«	9	ds02.010	Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)	8,96	1,1115059		»;
---	---	----------	---	------	-----------	--	----

б) строку

«	159	ds36.011	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций)	0,45			»
---	-----	----------	---	------	--	--	---

исключить.

5. Приложение № 40 «Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации» изложить в редакции приложения № 8 к настоящему

дополнительному соглашению.

6. Приложение № 42 «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи» изложить в редакции приложения № 9 к настоящему дополнительному соглашению.

7. Приложение № 48 «Тарифы на проведение углубленной диспансеризации» изложить в редакции приложения № 10 к настоящему дополнительному соглашению.

8. Настоящее дополнительное соглашение распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 26 января 2022 года.

Заместитель Председателя Правительства
Республики Северная Осетия-Алания

Л.А. Туганова

Министр здравоохранения Республики
Северная Осетия-Алания

С.А. Тебиев

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Республики Северная Осетия-Алания

А. Р. Дзагоев

Председатель региональной общественной
организации «Ассоциация медицинских
работников» Республики Северная Осетия-
Алания

З. Т. Астахова

Заместитель директора филиала общества с
ограниченной ответственностью «Капитал
Медицинское Страхование» в Республике
Северная Осетия-Алания

З.Д. Гудиева

Член Северо-Осетинской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации

Ю. И. Габараев