

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания от 30 декабря 2022 года

г. Владикавказ

28 февраля 2023 года

Правительство Республики Северная Осетия-Алания в лице 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 члена региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников» Республики Северная Осетия - Алания Астаховой Замиры Татарбековны, профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Северо-Осетинской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Торчинова Николая Султановича, 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-26 января 2023 года № 31-2/И/2-1075 и № 00-10-26-2-06/749, а также в целях устранения нарушений, выявленных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по отдельным положениям Тарифного соглашения от 30 декабря 2022 года (письмо от 31.01.2023 № 00-10-26-2-06/1111), во исполнение решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания от 28 февраля 2023 года (протокол № 1) заключили настоящее дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания от 30 декабря 2022 года о нижеследующем:

1. В разделе «Общие положения»:

1.1) абзац 12 пункта 1.1 изложить в следующей редакции:

« – информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2023 года № 31-2/И/2-1287 «О формировании и

экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023-2025 годы»;

1.2) абзац 13 пункта 1.1 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 26 января 2023 года № 31-2/И/2-1075 и № 00-10-26-2-06/749 (далее – Методические рекомендации)»;

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

2.1) абзац 11 пункта 2.1.1. исключить;

2.2) в пункте 2.3.2 абзац 20 изложить в следующей редакции:

Оплата диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения по профилям и заболеваниям, установленным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Тарифы на комплексное посещение по диспансерному наблюдению (взрослое население) установлены в приложении № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата случаев диспансерного наблюдения детского населения, а также взрослого населения по профилям и заболеваниям, не предусмотренным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» включается в оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по «Тарифам на оплату амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию для медицинских организаций при оказании медицинской помощи по поводу заболевания» (приложение №22.2 к настоящему Тарифному соглашению);

2.3) в пункте 2.3.3. после абзаца 1 добавить абзац следующего содержания:

«При проведении компьютерной томографии с внутривенным контрастированием и магнитно-резонансной томографии с внутривенным контрастированием нескольких областей тариф «с внутривенным контрастированием» может применяться только к одной области, остальные области оплачиваются по тарифу «без контрастирования.»»;

2.4) пункт 2.3.7.1. после слов «новой коронавирусной инфекции

(COVID-19)» дополнить словами «на оплату посещений школы сахарного диабета.»;

2.5) в пункте 2.4.3. слово «Инструкцией» заменить словами «Методическими рекомендациями»;

2.6) в пункте 2.4.4. слово «Инструкции» заменить словами «Методических рекомендациях»;

2.7) в абзаце втором пункта 2.4.5. слово «Инструкции» заменить словами «Методических рекомендациях»;

2.8) в абзаце втором пункта 2.4.6.1. слово «Инструкции» заменить словами «Методических рекомендациях»;

2.9) в абзаце втором пункта 2.4.6.2. слово «Инструкции» заменить словами «Методических рекомендациях»;

2.10) в абзаце втором пункта 2.4.6.3. слово «Инструкции» заменить словами «Методических рекомендациях»;

2.11) пункт 2.4.7.1. после абзаца 9 дополнить абзацем следующего содержания:

«9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий и приложением 6 к Методическим рекомендациям.»;

2.12) абзац 10 пункта 2.4.7.1. изложить в следующей редакции:

«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 перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.»;

2.13) в абзаце 11 пункта 2.4.7.1. цифры «2-10» заменить цифрами «2-9»;

2.14) абзац 12 пункта 2.4.7.1. изложить в следующей редакции:

«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 по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.»;

2.15) абзац 13 пункта 2.4.7.1. изложить в следующей редакции:

«Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.»;

2.16) абзац 21 пункта 2.4.7.1. изложить в следующей редакции:

«Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основанию, изложенному в подпунктах 7 и 9 пункта 2.4.7.1. настоящего Тарифного соглашения, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.»;

2.17) в абзаце 3 пункта 2.4.7.2. цифры «8 и 9» заменить цифрами «6 и 7», слово «Инструкции» заменить словами «Методическим рекомендациям»;

2.18) в абзаце 16 пункта 2.4.7.3. слово «первой» исключить;

2.19) абзац 18 пункта 2.4.7.3. исключить;

2.20) абзац 19 пункта 2.4.7.3. изложить в следующей редакции: «Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.»;

2.21) в абзаце 2 пункта 2.4.13. слова «по КСГ для оплаты услуг диализа» заменить словами «за услугу диализа»;

2.22) пункт 2.5.3. дополнить предложением следующего содержания: «При отсутствии оснований применения КСЛП значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0».

2.23) в абзаце 3 пункта 2.5.8. слова «по КСГ для оплаты услуг диализа» заменить словами «за услугу диализа»;

2.24) пункт 2.6.4 исключить.

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

3.1) в абзаце 6 пункта 3.1. слова «подушевой норматив финансирования» заменить словами «размер финансового обеспечения»;

3.2) в абзаце 9 пункта 3.1. слово «рассчитываются» заменить словом «устанавливаются»;

3.3) в абзаце 24 пункта 3.1. слова «объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)» исключить;

3.4) в пункте 3.3.1 слова «размер среднего подушевого норматива» заменить словами «средний размер финансового обеспечения»;

3.5) абзацы 3,4,5,6 пункта 3.3.4. исключить;

3.6) пункт 3.3.4. после абзаца 2 дополнить абзацами следующего содержания:

«коэффициента 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 (КДот);

коэффициента половозрастного состава (КДпв);

коэффициента уровня расходов медицинских организаций (КДур).

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации принимается равным 1.»

3.7) абзац 14 пункта 3.3.4. изложить в следующей редакции:

«Коэффициенты половозрастного состава приведены в приложении № 18 (18.1-18.2).»

3.8) абзац 15 пункта 3.3.4. изложить в следующей редакции:

«Коэффициенты 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 (КДот) приведены в приложении № 3.»

3.9) абзац 16 пункта 3.3.4. исключить;

3.10) в абзаце 17 пункта 3.3.4. после слов «Коэффициенты уровня» дополнить словом «расходов»;

3.11) абзац 9 пункта 3.3.5. изложить в следующей редакции:

« - расходов на оплату посещений школы сахарного диабета»;

3.12) пункт 3.3.6.1 изложить в следующей редакции:

«Тарифы на оплату посещений школы сахарного диабета представлены в приложении № 21 к настоящему Тарифному соглашению.»;

3.13) пункт 3.3.6.9. изложить в следующей редакции:

«Базовые тарифы для оплаты услуг диализа, коэффициенты относительной затратно-емкости к базовым тарифам для оплаты услуг диализа, стоимость услуг диализа приведены в приложении №29 (29.1-29.2).

Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы 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 остальных услуг диализа, к базовому тарифу применяются коэффициенты относительной затратно-емкости, представленные в приложении №29 (29.1-29.2).»;

3.14) в абзаце 5 пункта 3.3.7. слова «из одной двенадцатой годового» заменить словом «месячного»;

3.15) в пункте 3.4.1. слова «норматив финансовых затрат на единицу

объема предоставления» заменить словами «размер финансового обеспечения»;

3.16) пункт 3.4.2. изложить в следующей редакции:

«Стоимость одного случая госпитализации в стационарных условиях за исключением КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов, включенного в соответствующую КСГ заболеваний оказания медицинской помощи (СС_{КСГ}) определяется по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

- БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратно-емкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов (СС_{КСГ}) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + \\ + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$KЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
ДЗП	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (представленное в настоящем Тарифном соглашении (приложение № 34) значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КУС_{МО}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)»;

3.17) в пункте 3.4.2.2. слово «Инструкции» заменить словами «Методических рекомендациях»;

3.18) в пункте 3.5.1. слова «норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления» заменить словами «размер финансового обеспечения»;

3.19) пункт 3.5.2. изложить в следующей редакции:

«Стоимость одного случая лечения в условиях дневного стационара (за исключением КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов), включенного в соответствующую КСГ заболеваний оказания медицинской помощи (СС ксг) определяется по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times KЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$KЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратно-емкости КСГ (подгруппы в

	составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Стоимость одного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов, (СС_{КСГ}) определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + \\ + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
Д _{ЗП}	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (представленное в настоящем Тарифном соглашении (приложение № 34) значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости,

сумма применяемых КСЛП).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице));

3.20) в пункте 3.5.2.2. слово «Инструкции» заменить словами «Методических рекомендациях»;

3.21) пункт 3.5.3. изложить в следующей редакции:

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

Стоимость 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 тарифы для оплаты услуг диализа, коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты услуг диализа, стоимость услуг диализа приведены в приложении №29 (29.1-29.2).»;

3.22) пункт 3.6.1. изложить в следующей редакции:

«Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, приведен в приложении № 16.»;

3.23) в пункте 3.6.2. слова «среднего подушевого норматива финансирования» заменить словами «объема средств на оплату»;

3.24) пункт 3.6.3. изложить в следующей редакции:

«На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи (половозрастной состав населения, радиус территории обслуживания, особенности расселения и плотность населения и т.д.) рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования.»;

3.25) пункт 3.6.4. изложить в следующей редакции:

«Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

до года мужчины/женщины;

год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Коэффициенты половозрастного состава оказания скорой медицинской помощи приведены в приложении № 41.

Коэффициент уровня расходов медицинских организаций и коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения, равны 1.»;

3.26) пункт 3.6.7. изложить в следующей редакции:

«Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи приведены в приложении № 43.».

4. В разделе 4 «Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»:

4.1) абзац 1 пункта 4.2. изложить в следующей редакции:

«Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к Правилам) рассчитывается по формуле:»;

4.2) абзац 4 пункта 4.2. изложить в следующей редакции:

«РТ – размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;»;

4.3) пункт 4.2. после абзаца 6 дополнить абзацами следующего содержания:

«В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{но},$$

где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи

либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением № 5 к Правилам.»

4.4) абзац десятый пункта 4.2. после слов «(приложение № 47)» дополнить словами «(за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 5 к Правилам, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи)»

5. В разделе 5 «Заключительные положения» в таблице «Приложения к настоящему Тарифному соглашению»:

5.1) строку

13	Коэффициенты уровня медицинской организации, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц
----	---

изложить в следующей редакции:

13	Коэффициенты уровня расходов медицинской организации, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц
----	--

5.2) строку

16	Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, и коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования
----	--

изложить в следующей редакции:

16	Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС
----	--

5.3) строку

18 (18.1-18.2)	Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые при расчете подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и
-------------------	--

	учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения	
--	---	--

«

изложить в следующей редакции:

18 (18.1-18.2)	Половозрастные коэффициенты дифференциации, применяемые при расчете подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях	
-------------------	--	--

«

5.4) строку

19	Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающие объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации)	
----	--	--

«

изложить в следующей редакции:

19	Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения проведения диспансерного наблюдения (взрослое население)	
----	---	--

«

5.5) строку

21 (21.1-21.2)	Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема ее оказания и коэффициенты, применяемые для определения стоимости каждой единицы объема	
-------------------	--	--

«

изложить в следующей редакции:

21	Тарифы на проведение школы сахарного диабета для больных сахарным диабетом	
----	---	--

«

5.6) строку

30	Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, и коэффициент приведения	
----	---	--

«	<p>среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке</p>	»
---	--	---

изложить в следующей редакции:

«	<p>30</p>	<p>Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС в условиях круглосуточного и дневного стационаров</p>	»;
---	-----------	---	----

5.7) строку

«	<p>33</p>	<p>Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации в стационарных условиях, коэффициенты специфики и средние сроки лечения</p>	»
---	-----------	--	---

изложить в следующей редакции:

«	<p>33</p>	<p>Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации в стационарных условиях, и коэффициенты специфики</p>	»;
---	-----------	--	----

5.8) строку

«	<p>38</p>	<p>Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения в условиях дневного стационара, коэффициенты специфики и средние сроки лечения</p>	»
---	-----------	--	---

изложить в следующей редакции:

«	<p>38</p>	<p>Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения в условиях дневного стационара, и коэффициенты специфики</p>	»;
---	-----------	--	----

5.9) строку

<p>41</p>	<p>Коэффициенты специфики, применяемые при расчете дифференцированных подушевых</p>
-----------	---

	нормативов финансирования скорой медицинской помощи	
--	---	--

« »

изложить в следующей редакции:

41	Половозрастные коэффициенты дифференциации, применяемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи	
----	--	--

« »;

5.10) строку

43 (43.1-43.3)	Базовые нормативы финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, коэффициенты, применяемые для определения стоимости каждой единицы объема, а также тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи	
-------------------	--	--

« »

изложить в следующей редакции:

43	Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи	
----	--	--

« ».

6. В приложение №11 «Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию» внести следующие изменения:

6.1) после строки

st02.013	Операции на женских половых органах (уровень 4)	
----------	---	--

« »

дополнить строкой следующего содержания:

st02.014	Слингговые операции при недержании мочи	
----------	---	--

« »;

6.2) после строки

st19.026	Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 2)	
----------	---	--

« »

дополнить строками следующего содержания:

st19.123	Прочие операции при ЗНО (уровень 1)	
st19.124	Прочие операции при ЗНО (уровень 2)	

« »;

6.3) после строки

«	st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)	»
---	----------	---------------------------------------	---

дополнить строкой следующего содержания:

«	st21.009	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	»;
---	----------	---	----

6.4) после строки

«	ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)	»
---	----------	---------------------------------------	---

дополнить строкой следующего содержания:

«	ds21.007	Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)	».
---	----------	---	----

7. Наименование приложения №13 «Коэффициенты уровня медицинской организации, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц» изложить в следующей редакции: «Коэффициенты уровня расходов медицинской организации, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц».

8. В приложение №18 «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые при расчете подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

8.1) наименование приложения изложить в следующей редакции: «Половозрастные коэффициенты дифференциации, применяемые при расчете подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях»;

8.2) строку

«	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициент специфики	»
---	--------	--------------------------------------	-----------------------	---

изложить в следующей редакции:

«	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициент половозрастного состава	».
---	--------	--------------------------------------	-------------------------------------	----

9. В приложение № 22 (22.1) «Тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по обязательному медицинскому страхованию для медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь по посещениям» внести следующие изменения:

строку

Диспансерное наблюдение	
«	Комплексное посещение 1 292,7
»	

исключить;

10. В приложение №41 «Коэффициенты специфики, применяемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи» внести следующие изменения:

10.1) наименование приложения изложить в следующей редакции: «Половозрастные коэффициенты дифференциации, применяемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

10.2) строку

«	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициент специфики	»
---	--------	--------------------------------------	-----------------------	---

изложить в следующей редакции:

«	Код МО	Наименование медицинской организации	Коэффициент половозрастного состава	».
---	--------	--------------------------------------	-------------------------------------	----

11. В приложение №44 (44.1) «Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований» внести следующие изменения:

11.1) после строки

«	7.	A26.08.027.001	Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	405,80	»
---	----	----------------	--	--------	---

дополнить строкой следующего содержания:

«	8.	A26.08.019	Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа*****	476,63	»
---	----	------------	---	--------	---

11.2) после абзаца «*****Прижизненные патолого-анатомические исследования пятой категории сложности - прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, полученного от пациентов с иммунопатологическими процессами, опухолями и опухолеподобными процессами при отсутствии гистологической верификации, болезнями системы крови и кроветворных органов, полученного при пункционных биопсиях, или любого иного биопсийного (операционного) материала, требующего применения декальцинации и (или) дополнительных методов, указанных в пункте 17 Правил проведения патолого-анатомических исследований, утвержденных Приказом Минздрава России от 24.03.2016 N 179н (ред. от 25.03.2019) "О Правилах проведения

патолого-анатомических исследований" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.04.2016 N 41799)» дополнить абзацем следующего содержания:

«*****оплата осуществляется по подушевому нормативу финансирования».

12. В приложение № 45 «Тарифы на оплату консультаций с применением телемедицинских технологий» внести следующие изменения:

12.1) наименование приложения изложить в следующей редакции:

«Тарифы на оплату консультаций с применением телемедицинских технологий*»

12.2) после строки

7.	Дистанционное взаимодействие среднего медицинского персонала с пациентами и (или) их законными представителями в режиме реального времени	59,66
----	---	-------

дополнить строкой следующего содержания:

*- тарифы применяются только для межучрежденческих расчетов или межтерриториальных расчетов.

13. 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.

14. Приложение № 6 «Перечень случаев лечения, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента с принятыми значениями коэффициентов» изложить в редакции приложения № 2 к настоящему дополнительному соглашению.

15. Приложение № 8 «Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации» изложить в редакции приложения № 3 к настоящему дополнительному соглашению.

16. Приложение № 16 «Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС» изложить в редакции приложения № 4 к настоящему дополнительному соглашению.

17. Приложение №19 «Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения проведения диспансерного наблюдения (взрослое население)» изложить в редакции приложения № 5 к настоящему дополнительному соглашению.

18. Приложение №21 «Тарифы на проведение школы сахарного диабета для больных сахарным диабетом» изложить в редакции приложения № 6 к настоящему дополнительному соглашению.

19. Приложение № 29 «Базовые тарифы на оплату услуг диализа» изложить в редакции приложения № 7 к настоящему дополнительному

соглашению.

20. Приложение № 30 «Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС в условиях круглосуточного и дневного стационаров» изложить в редакции приложения № 8 к настоящему дополнительному соглашению.

21. Приложение № 33 «Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации в стационарных условиях, и коэффициенты специфики» изложить в редакции приложения № 9 к настоящему дополнительному соглашению.

22. Приложение № 38 «Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения в условиях дневного стационара, и коэффициенты специфики» изложить в редакции приложения № 10 к настоящему дополнительному соглашению.

23. Приложение № 43 «Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи» изложить в редакции приложения № 11 к настоящему дополнительному соглашению.

24. Настоящее дополнительное соглашение распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 26 февраля 2023 года.

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. И. Турдиева

Председатель Северо-Осетинской
республиканской организации профсоюза
работников здравоохранения Российской
Федерации

Н.С. Торчинов

