ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания от 29 декабря 2018 года

г. Владикавказ 25 июня 2019 года

Министерство здравоохранения Республики Северная Осетия - Алания в лице Заместителя Председателя Правительства Республики Северная Осетия-Алания - Министра здравоохранения Республики Северная Осетия - Алания Гогичаева Тамерлана Казбековича, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия - Алания в лице директора Дзлиева Казбека Майрамовича, страховые медицинские организации в лице директора филиала общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское страхование» в Республике Северная Осетия – Алания Баева Валерия Викторовича, действующего на основании доверенности от 1 ноября 2018 года №30/18 и директора филиала общества с ограниченной ответственностью ВТБ Медицинское страхование в Республике Северная Осетия – Алания Батырова Ермака Агубеевича, действующего на основании доверенности от 1 января 2019 года № 033/19, медицинские профессиональные некоммерческие организации и их ассоциации в лице председателя Республиканской 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» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 года № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» заключили настоящее дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания от 29 декабря 2018 года (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем.

Предмет соглашения

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» и в связи с изменениями, внесенными Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 19.04.2019 Минздрава России. № 11-7/и/2-3440 и ФОМС

№ 4855/26-2/и) в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страховании, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 №11-7/10/2-7543, №14525/26-1/и, во исполнение решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания от 25.06.2019 (протокол № 7)

Стороны пришли к соглашению:

1.Внести следующие изменения в Тарифное соглашение:

1.1. В пункте 2.3. «Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях» раздела 2 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Северная Осетия-Алания»:

а) в абзаце 4 подпункта 2.3.9. исключить слова «старше 18 лет»;

б) абзац 4 и 5 подпункта 2.3.11. изложить в следующей редакции:

«1) Первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, при этом обязательными для всех граждан (с учетом половой принадлежности) является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иимунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови с учетом половозрастной категории.

При выполнении в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% объема (с учетом исполнения обязательных мероприятий), установленного для соответствующего пола и возраста случай не учитывается как проведенная диспансеризация и подлежит оплате по соответствующим тарифам за единицу объема (посещение). В случае невыполнения обязательных исследований случай не засчитывается как диспансеризация.»;

в) подпункт 2.3.11. дополнить абзацем следующего содержания:

«3) Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- в качестве самостоятельного мероприятия;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

Профилактический медицинский осмотр считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, при этом обязательными для всех граждан (с учетом половозрастной принадлежности) является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике

отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером.

При выполнении менее 85% объема, установленного для профилактического медицинского осмотра (с учетом исполнения обязательных мероприятий), не учитывается как проведенный профилактический осмотр и подлежит оплате по соответствующим тарифам за единицу объема (посещение).».

1.2. В подпункте 3.3.5.1. пункта 3.3.5. раздела 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» слова «в приложении № 29 (29.1-29.4)» заменить словами «в приложении № 29 (29.1-29.3

1.3. Пункт 4.1 раздела 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» после слов «в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи):» изложить в новой редакции:

«

Размер $К_{но}$	Код дефекта согласно перечню оснований для отказа в оплате медицинской
0.1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0.3	3.2.2; 3.5; 3.10
0.4	3.2.3
0.5	1.5; 3.4; 4.4
0.6	3.8
0.7	3.7
0.8	3.6
0.9	3.2.4; 3.12
1.0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (код дефекта 4.6.1 приложения № 46 Тарифного соглашения), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($С_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$С_{шт} = РП \times К_{шт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$С_{шт} = РП_{А\ базовый} \times К_{шт},$$

где:

$РП_{А\ базовый}$ – годовой размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$С_{шт} = РП_{СМП\ базовый} \times К_{шт},$$

где:

$РП_{СМП\ базовый}$ - годовой размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$С_{шт} = РП_{СТ} \times К_{шт},$$

где:

$РП_{СТ}$ - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с Приложением № 4 (строки 23, 24 графы 6) к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республики Северная Осетия-Алания на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной Постановлением Правительства Республики Северная Осетия-Алания от 24 декабря 2018 года № 413 (в редакции от 28 мая.2019 года №185) на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

$К_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ($К_{шт}$) устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи:

Размер $К_{шт}$	Код дефекта согласно перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

»

1.4. В приложении 6 «Перечень случаев лечения, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента с принятыми значениями коэффициентов» слова «относящиеся к другому профилю» заменить словами «не включенным в перечень диагнозов, определенных КСГ «Соматические заболевания, осложненные старческой астенией»»;

1.5. В приложении 15 «Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее»

после строки

«	ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода »

дополнить строкой следующего содержания:

«	ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт) »

;

1.6. В приложении 16 « Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию»

после строки

«	ds02.004	Операции на женских половых органах (уровень 2) »

дополнить строкой следующего содержания:

«	ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт) »

;

1.7. Приложение 20 «Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях » Тарифного соглашения изложить в новой редакции в соответствии с приложением № 1 к настоящему дополнительному соглашению.

1.8. Приложение № 29 (29.1-29.4) «Тарифы обращения в рамках диспансеризации взрослого населения в определенные возрастные периоды и профилактических медицинских осмотров взрослого населения представлены в приложении» Тарифного соглашения изложить в новой редакции в соответствии с приложением № 2 к настоящему дополнительному соглашению.

1.9. Приложение № 40 «Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания» Тарифного соглашения изложить в новой редакции в соответствии с приложением № 3 к настоящему дополнительному соглашению.

1.10. Приложение № 46 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в медицинских организациях сферы ОМС Республики Северная Осетия – Алания» Тарифного соглашения изложить в новой редакции в соответствии с приложением № 4 к настоящему дополнительному соглашению.

1.11. в перечне приложений к Тарифному соглашению строку

«	29 (29.1-29.4)	Тарифы обращения в рамках диспансеризации взрослого населения в определенные возрастные периоды и профилактических осмотров взрослого населения	»

изложить в следующей редакции:

«	29 (29.1-29.3)	Тарифы обращения в рамках диспансеризации взрослого населения в определенные возрастные периоды и профилактических осмотров взрослого населения на территории Республики Северная Осетия-Алания	» .

2. Настоящее дополнительное соглашение распространяется на правоотношения с 1 июня 2019 года.

Заместитель Председателя Правительства Республики Северная Осетия Алания - Министр здравоохранения Республики Северная Осетия Алания — Т.К.Гогичаев

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия-Алания — К. М. Дзлиев

Председатель Республиканской общественной организации «Ассоциация медицинских работников Республики Северная Осетия – Алания» З. Т. Астахова

Директор филиала ООО «Капитал Медицинское страхование» в Республике Северная Осетия – Алания В. В. Баев

Директор филиала ООО ВТБ Медицинское страхование в Республике Северная Осетия – Алания Е. А. Батыров

Председатель Северо-Осетинской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Н.С. Торчинов

Приложение № 1
к Дополнительному соглашению
от 25 июня 2019 года

Приложение № 20
к Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского страхования на
территории Республики Северная Осетия-
Алания
от 29 декабря 2018 года

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания

Вид тарифа	Стоимость из расчета в месяц (рублей)	Стоимость из расчета в год (рублей)
Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях	208,19	2 498,28

Приложение № 2
к Дополнительному соглашению
от 25 июня 2019 года

Приложение № 29 (1)
к Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского страхования
на территории Республики Северная
Осетия-Алания
от 29 декабря 2018 года

Тарифы обращения в рамках диспансеризации взрослого населения в определенные возрастные периоды и профилактических осмотров взрослого населения на территории Республики Северная Осетия-Алания

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации взрослого населения.
(приказ МЗ РФ от 13.03.2019 №124н)

I этап диспансеризации определенных групп взрослого населения

Пол	Возраст	Стоимость (руб.)
мужчины	18,24,30	603,99
мужчины	21,27,33	537,42
мужчины	36	720,59
мужчины	39	654,02
мужчины	40,44,46,52,56,58,62	908,41
мужчины	41.43,47,49,53.59.61	758,29
мужчины	42,48,54	1 019,46
мужчины	45	1 383,13
мужчины	50,64	1 144,30
мужчины	51,57,63	869,34
мужчины	55	994,18
мужчины	60	1 255,35
мужчины	65,71	885,06
мужчины	66,70,72	840,58
мужчины	67,69,73,75	774,01
мужчины	68,74	951,63
мужчины	76,78,82,84,88,90,94,96	757,03
мужчины	77,83,89,95	801,51
мужчины	79,81,85,87,91,93,97,99	690,46
мужчины	80,86.92,98	868,08

Пол	Возраст	Стоимость (руб.)
женщины	18,24,30	932,37
женщины	21,27,33	865,80
женщины	36	1 048,97
женщины	39	982,40
женщины	40.44,46,50,52,56,58,62,64	1 550,59
женщины	41,43,47,49,53,55,59,61	895,93
женщины	42,48,54,60	1 852,38
женщины	45	1 475,62
женщины	51,57,63	1 197,72
женщины	65,71	1 022,70
женщины	66,70,72	1 482,76
женщины	67,69, 73,75	911,65
женщины	68,74	1 593,81
женщины	76,78,82,84,88,90,94,96	894,67
женщины	77,83,89,95	939,15
женщины	79,81,85,87,91,93,97,99	828,10
женщины	80,86,92.98	1 005,72

Тарифы на оплату приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках первого этапа диспансеризации

№ п/п	Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф, (руб.)
1	Опрос (анкетирование)	20,32
2	Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	21,18
3	Измерение артериального давления на периферических артериях	16,70
4	Определение уровня общего холестерина в крови	95,12
5	Определение уровня глюкозы в крови натощак	116,63
6	Определение относительного сердечно-сосудистого риска	67,83
7	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	67,83
8	Флюорография легких	66,57
9	Электрокардиография в покое	116,60
10	Измерение внутриглазного давления	108,71
11	Общий анализ крови	106,61

12	Краткое индивидуальное профилактическое консультирование	111,05
13	Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	83,55
14	Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови	235,89
15	Маммография обеих молочных желез в двух проекциях	504,54
16	Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом	137,64
17	Взятие с использованием щетки цитологической цервикальной мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование (далее - мазок с шейки матки), цитологическое исследование мазка с шейки матки	190,74
18	Прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации	88,59
19	Эзофагогастродуоденоскопия	277,90

Приложение № 29 (2)
к Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского страхования на
территории Республики Северная Осетия-
Алания
от 29 декабря 2018 года

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации взрослого населения.

II этап диспансеризации определенных групп взрослого населения

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие	Стоимость (руб.)	
	мужчины	женщины
1. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, а также для мужчин в возрасте 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела или ожирение)	647,04	647,04
2. Осмотр (консультация) врачом-неврологом (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, а также в случаях первичного выявления нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрения на депрессию у граждан в возрасте 75 лет и старше)	155,40	155,40
3. Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин при впервые выявленных по результатам анкетирования признаках патологии мочеполовой системы или при отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям предстательной железы, а также для мужчин вне зависимости от возраста в случае подозрения на онкологическое заболевание предстательной железы по результатам ультразвукового исследования)	141,73 или 113,63	х
4. Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом (для граждан при положительном анализе кала на скрытую кровь, для граждан в возрасте 45 лет и старше при отягощенной наследственности по семейному полипозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области, при выявлении других медицинских показаний по результатам анкетирования, а также по назначению врача-терапевта, врача-уролога, врача-акушера-гинеколога в случаях выявления симптомов онкологических заболеваний колоректальной области)	141,73	141,73

5. Колоноскопия или ректороманоскопия (в случае подозрения на онкологическое заболевание толстой кишки по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога)	612,07	612,07
6. Спирометрия (для граждан с подозрением на хроническое бронхо-легочное заболевание по результатам анкетирования, курящих и по направлению врача-терапевта)	282,25	282,25
7. Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии, УЗИ матки и яичников)	х	186,75
8. Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом (при наличии медицинских показаний по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта)	109,38	109,38
9. Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление, и для граждан в возрасте 75 лет и старше, имеющих снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования)	87,26	87,26
10. Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) (для граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний, имеющих указанные заболевания или имеющих высокий и очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск)	133,13	133,13
11. Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение	133,13	133,13

Приложение № 29 (3)
к Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского страхования на
территории Республики Северная Осетия-
Алания
от 29 декабря 2018 года

Тарифы на оплату проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения.
(приказ МЗ РФ от 13.03.2019 №124н)

Пол	Возраст	Стоимость (руб.)
мужчины	18,20,22,24,26,28,30,32,34	492,94
мужчины	19,21,23,25,27,29,31,33	426,37
мужчины	35,37,39	542,97
мужчины	36,38	609,54
мужчины	40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64	718,25
мужчины	41,43,45,47,49,51,53,55,57,59,61,63	651,68
мужчины	65,67,69,71,73,75,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99	583,85
мужчины	66,68,70,72,74,76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98	650,42

Пол	Возраст	Стоимость (руб.)
женщины	18,20,22,24,26,28,30,32,34	630,58
женщины	19,21,23,25,27,29,31,33	564,01
женщины	35,37,39	680,61
женщины	36,38	747,18
женщины	40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64	718,25
женщины	41,43,45,47,49,51,53,55,57,59,61,63	651,68
женщины	65,67,69,71,73,75,77,79,81,83,85,87,89,91,93,95,97,99	583,85
женщины	66,68,70,72,74,76,78,80,82,84,86,88,90,92,94,96,98	650,42

Тарифы на оплату приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках профилактических медицинских осмотров взрослого населения.

№ п/п	Осмотр, исследование, мероприятие	Тариф, (руб.)
1	Опрос (анкетирование)	20,32
2	Расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела	21,18
3	Измерение артериального давления на периферических артериях	16,70
4	Определение уровня общего холестерина в крови	95,12
5	Определение уровня глюкозы в крови натощак	116,63
6	Определение относительного сердечно-сосудистого риска	67,83
7	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	67,83
8	Флюорография легких	66,57
9	Электрокардиография в покое	116,60
10	Измерение внутриглазного давления	108,71
11	Осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом	137,64
12	Прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы	88,59

Приложение № 3
к Дополнительному соглашению
от 25 июня 2019 года.

Приложение № 40
к Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского страхования на
территории Республики Северная Осетия-
Алания
от 29 декабря 2018 года

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания

Вид тарифа	Стоимость из расчета в месяц (рублей)	Стоимость из расчета в год (рублей)
Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи	56,53	678,36

Приложение № 4
к Дополнительному соглашению
от 25 июня 2019 года

Приложение № 46
к Тарифному соглашению
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Республики Северная Осетия-Алания
от 29 декабря 2018 года

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в медицинских организациях сферы ОМС Республики Северная Осетия – Алания

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Размер $К_{НО}$	Размер $К_{ШТ}$
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;		0,3
1.1.2	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;		0,3
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических		0,3

	мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		
1.1.4	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.		
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.		3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий,	0,5	0,5

	имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.		
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.		1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,3
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,3
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		0,3
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,3
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		0,3

2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		0,3
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.2.2.	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	
3.2.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	
3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1,0
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	1,0	3,0

3.2.6.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;		
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	
3.5	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации) , вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	0,3	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	

3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.	0,3	
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.		
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0	1,0
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,1	
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	0,5	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	

4.6.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы.		0,3
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1,0	1,0
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	1,0	

5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	1,0	
5.3.3.	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	

5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществлении медицинской деятельности;	1,0	
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	1,0	
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	
5.7.3.	Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования.	1,0	
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	1,0	
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков	1,0	

	лечения.		
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.	1,0	