

Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания

28 декабря 2024 года

г. Владикавказ

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Северная Осетия-Алания (далее – Тарифное соглашение) разработано и заключено на основании:

– Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон);

– Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;

– Постановления Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 года № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа государственных гарантий);

– Постановления Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462);

– Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила);

– Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

– Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

– Постановления Правительства Республики Северная Осетия-Алания от 23 декабря 2024 года № 557 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи в Республики Северная Осетия-Алания на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Территориальная программа ОМС);

– Постановления Правительства Республики Северная Осетия-Алания от 02 октября 2018 г. № 333 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» (далее – Комиссия);

– информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 января 2024 года № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы;

– Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 19 февраля 2024 года № 31-2/200 и № 00-10-26-2-06/2778 (далее —Методические рекомендации);

– иных нормативных правовых актов Российской Федерации и Республики Северная Осетия-Алания.

1.2. Тарифное соглашение заключено между:

органами исполнительной власти Республики Северная Осетия-Алания в лице Министра здравоохранения Республики Северная Осетия - Алания Тебиева Сослана Аркадьевича;

государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания (далее – ТФОМС РСО-Алания) в лице директора Дзагоева Алана Руслановича;

страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) в лице директора административного структурного подразделения общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» - Филиал в Республике Северная Осетия-Алания Гудиевой Зарифы Деулетовны;

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и их ассоциациями в лице председателя региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников» Республики Северная Осетия-Алания Туаевой Ирмы Борисовны;

профессиональными союзами медицинских работников в лице заместителя председателя Северо-Осетинской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения РФ Тамаева Мурата Батрадзовича, далее вместе именуемые «Стороны».

1.3. Предметом Тарифного соглашения являются:

– способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

– размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

– размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.4. Термины и определения.

В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие термины и определения:

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

медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

первичная медико-санитарная и первичная специализированная медицинская помощь являются основой системы оказания медицинской помощи и включают в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;

высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой

медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий);

медицинская эвакуация включает в себя:

санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую воздушными судами;

санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта;

посещение – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме (вместо врача) по любому поводу, связанному с оказанием медицинской помощи, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в амбулаторной карте (запись осмотра и динамического наблюдения, постановка диагноза и назначение лечения) и оформлением талона амбулаторного пациента (учетная форма № 025-1/у);

условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку);

законченный случай поликлинического обслуживания – объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором достигнута цель обращения;

законченный случай госпитализации – случай пребывания пациента в стационаре по поводу заболевания (диагностики, реабилитации и др.), ограниченный во времени, имеющий конкретные конечные результаты (выписка из медицинской организации, перевод в другую медицинскую организацию, в дневной стационар, на амбулаторное лечение, смерть пациента);

вызов скорой помощи – система круглосуточно выполняемых вне медицинских организаций, квалифицированных медицинских (диагностических и лечебных) мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью людей, а также, при необходимости, обеспечение максимально возможных условий для безопасной и быстрой эвакуации заболевшего или пострадавшего в медицинскую организацию, где ему будет обеспечена квалифицированная специализированная медицинская помощь;

клинические рекомендации (далее - КР) - документы, на основании которых строятся подходы к диагностике и выбору лечебной тактики при различных заболеваниях и патологических состояниях. Помимо этого, в рекомендациях нередко затрагиваются вопросы медицинской профилактики и прогноза при заболеваниях и травмах, а также алгоритмы лечения;

уровень медицинской организации или структурных подразделений медицинской организации – это ранг медицинской организации, зависящий от степени оснащенности, кадрового потенциала и технологической организации работы медицинской организации и соответствующий объему диагностических и лечебных мероприятий;

задание медицинским организациям – объем бесплатной медицинской помощи, запланированный медицинской организации для выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования;

тариф на медицинскую услугу – денежная сумма, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС;

базовый подушевой норматив финансирования – объем финансирования медицинской организации на одного прикрепленного к медицинской организации застрахованного по обязательному медицинскому страхованию жителя;

клинико-статистическая группа заболеваний (далее – КСГ) – группа заболеваний, сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

базовая ставка (средняя стоимость законченного случая лечения) - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, с учетом других параметров;

коэффициент относительной затратноемкости - устанавливаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к базовой ставке;

коэффициент специфики - коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (структурного подразделения) - отражает разницу в затратах медицинских организаций (структурных подразделений) на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований в медицинских организациях разного уровня, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

коэффициент подуровня медицинской организации (структурного подразделения) - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций (структурных подразделений), относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

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

коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования – коэффициент, позволяющий учесть особенности половозрастного состава населения, уровня расходов на содержание медицинских организаций, оплаты труда и другие;

оплата медицинской помощи за услугу – компонент оплаты, применяемый для оплаты отдельных услуг в соответствии с перечнем, установленным настоящим Тарифным соглашением.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые на территории Республики Северная Осетия-Алания

2.1. Территориальной программой ОМС на территории Республики Северная Осетия-Алания установлены следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1.1. В амбулаторных условиях финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (доврачебной, врачебной и специализированной) осуществляется:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярногенетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в

том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярногенетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.2.В стационарных условиях, в том числе для медицинской

реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), оплата медицинской помощи осуществляется:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении №7 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.1.3. В условиях дневного стационара оплата медицинской помощи осуществляется:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе

которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.1.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по:

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемые застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, применяются:

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

2.3. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях.

2.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи применяется в следующих случаях:

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

при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, не имеющих прикрепившихся лиц;

оплата посещений специалистов, не вошедших в расчет стоимости подушевого норматива финансирования.

2.3.2. Случай оказания медицинской помощи в связи с проведением мероприятий по диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации) отдельных категорий граждан и профилактический медицинский осмотр предъявляются к оплате по установленной настоящим Тарифным соглашением стоимости комплексного посещения при условии выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Профилактический медицинский осмотр определенных групп взрослого населения проводится ежегодно:

- 1) в качестве самостоятельного мероприятия;
- 2) в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации);

3) в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации).

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

По итогам второго этапа диспансеризации в случае выполнения осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, необходимость проведения которых определена в ходе диспансеризации оплачивается по тарифам посещений врачей-специалистов, участвовавших в проведении диспансеризации, и оказанных медицинских услуг.

В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному приложением №4 Программы государственных гарантий.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 44 к Тарифному соглашению:

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

2. За единицу объема в рамках проведения углубленной диспансеризации оплачиваются следующие исследования:

- тест с 6 минутной ходьбой;
- определение концентрации Д - димера в крови;
- проведение эхокардиографии в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- проведение компьютерной томографии легких в рамках II этапа углубленной диспансеризации;
- дуплексного сканирования вен нижних конечностей в рамках II этапа углубленной диспансеризации.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения. В случае, если отдельные исследования и медицинские вмешательства, учитываемые при расчете стоимости комплексного посещения углубленной диспансеризации, не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

По результатам углубленной диспансеризации в случае выявления у гражданина хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в установленном порядке ставится на диспансерное наблюдение, при наличии показаний ему оказывается соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также предоставляются лекарственные препараты в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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», от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, по профилям и заболеваниям, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», 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 взрослого населения и детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, установлены в приложении № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата случаев диспансерного наблюдения детского населения, за исключением проживающего в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, а также взрослого населения по профилям и заболеваниям, не предусмотренным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» 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).

Установленные настоящим Тарифным соглашением тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, дифференцированы в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации) мобильных медицинских бригад.

2.3.3. Оплата диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) производится за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу по утвержденным настоящим Тарифным соглашением тарифам и не включается в оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц.

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».

Назначение этих диагностических (лабораторных) исследований осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

Страховые медицинские организации принимают к оплате услуги при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную. Оплата медицинской помощи осуществляется только при соблюдении утвержденного порядка маршрутизации, в пределах объемов, установленных решением Комиссии.

Порядок направления на такие исследования устанавливается нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания.

2.3.4. Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

Финансовый размер обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов определяется исходя из установленного Территориальной программой ОМС среднего размера финансового обеспечения в зависимости от численности обслуживаемого ими населения: до 100 человек, от 100 человек до 900 человек, от 900 до 1 500 человек, от 1 500 человек до 2 000 человек и свыше 2 000 человек, с учетом их соответствия требованиям, установленным положением об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации и не включается в оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц.

Размер средств, направляемых в медицинскую организацию на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, определяется из расчета установленных настоящим Тарифным соглашением размеров финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов и их количества в составе медицинской организации. Средства перечисляются СМО в медицинские организации ежемесячно исходя из одной двенадцатой годового объема ассигнований, предусмотренных на указанные цели.

2.3.5. Медицинская помощь по профилю «Стоматология».

Для оплаты стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение с профилактической и иными целями, посещение по оказанию неотложной помощи и обращение

по поводу заболевания. При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации двух-трех зубов за одно посещение.

Оплата амбулаторной стоматологической помощи осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

При этом учет выполненных объемов осуществляется в посещениях, обращениях и УЕТ.

2.3.6. В случаях оказания медицинской помощи в приемном отделении, а также консультативно-диагностических услуг, не требующих госпитализации, в диагностических и лечебных отделениях стационара больницы, при условии наблюдения за состоянием здоровья пациентов до шести часов, после проведенных лечебно-диагностических мероприятий, единицей объема является посещение.

Факт обращения пациента за врачебной помощью должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025-1/у), оформленной в приемном отделении. Минимальным объемом медицинских услуг, обосновывающим выставление счета на оплату, является осмотр дежурного врача стационара и выполнение не менее одного лабораторно-диагностического исследования.

2.3.7. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в поликлиниках медицинских организаций (структурных подразделениях медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, 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.

2.3.7.1. Финансирование поликлиник медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, производится по утвержденному в установленном порядке дифференцированному подушевому нормативу финансирования поликлиник, включающему в себя финансовые средства на оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях кроме расходов на финансирование профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения, фельдшерско-акушерских пунктов, на оплату услуг диализа в амбулаторных условиях, на оказание неотложной медицинской помощи, на оказание медицинской помощи по профилю «стоматология», расходов на финансирование амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, на

оплату диагностических (лабораторных) исследований, на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), на оплату посещений школы сахарного диабета, а также оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному прикрепленному населению в других медицинских организациях, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования, по видам медицинской помощи, включенным в состав дифференцированных подушевых нормативов и неотложной медицинской помощи.

Размер финансового обеспечения по подушевому нормативу для каждой территориальной поликлиники определяется исходя из численности застрахованного прикрепленного к ней населения, дифференцированного подушевого норматива, доли и размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых показателей результативности деятельности.

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 неприкрепленному 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, неприкрепленным 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 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, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки, составляет 0,1% 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.

$ФДП_{Н}^i$ 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 субъекта Российской Федерации проводится Комиссией, не реже одного раза в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности

деятельности проводится по итогам года.

При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за декабрь.

Показатели результативности деятельности, порядок их применения устанавливаются приложением № 3 (3.1-3.2) 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 регулируемыми 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 аналогичных показателей.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также 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).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

2.3.8. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в поликлиниках медицинских организаций (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в поликлиниках медицинских организаций (структурных подразделениях медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц осуществляется по утвержденной стоимости единиц объема медицинской помощи, стоимости соответствующих медицинских услуг.

Медицинская помощь, оказанная в данных медицинских организациях (структурных подразделениях) оплачивается СМО из средств, не

включенных в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу территориальных поликлиник.

Оплата производится СМО в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинских услуг, в пределах утвержденных Комиссией для медицинской организации объемов и стоимости медицинских услуг.

Из суммы средств, подлежащих перечислению в медицинскую организацию, исключаются суммы частичной или полной неоплаты медицинской помощи (в соответствии с Перечнем оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи).

2.3.8. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров тарифов, установленных настоящим Тарифным соглашением.

2.3.9. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа.

При оплате медицинской помощи, в целях учета объемов медицинской помощи, как одно обращение учитываются:

при проведении амбулаторного гемодиализа - лечение в течение одного месяца (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа);

при перитонеальном диализе - ежедневные обмены с эффективным объемом диализата, в течение месяца.

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от уровней его оказания.

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

2.3.10. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием способов оплаты, применяемых для оплаты медицинской помощи, приведен в приложении № 1 (1.1 – 1.2).

2.3.11. 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, представлен в приложении № 2 (2.1. - 2.2).

2.3.12.Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, приведен в приложении № 3 (3.1-3.2).

2.3.13.Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций приведен в приложении № 4.

2.4.Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах.

2.4.1.Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

2.4.2.Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается.

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

Перечень групп в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой, а также порядок группировки случаев и правила учета дополнительных классификационных критериев определены Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

2.4.3.При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Методическими рекомендациями, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ-10.

2.4.4.При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии

с кодом диагноза по МКБ-10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Методических рекомендациях.

2.4.5. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, но затратно для группы, к которой данный случай был отнесен на основании кода услуги по Номенклатуре, меньше затратности терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, оплата может осуществляться по терапевтической группе.

Данный подход не применяется для приведенных в Методических рекомендациях комбинаций КСГ. При наличии операции, соответствующей указанным КСГ, отнесение случая должно осуществляться только на основании кода услуги Номенклатуры. Отнесение данного случая на основании кода диагноза МКБ-10 к терапевтической группе исключается

2.4.6. Правила применения поправочных коэффициентов.

2.4.6.1. КСГ, к которым не применяется понижающий коэффициент специфики - это группы с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы.

Перечень КСГ, к которым применены вышеописанные правила, приведен в Методических рекомендациях.

2.4.6.2. КСГ, к которым не применяется повышающий коэффициент специфики - это группы, лечение по которым может быть в подавляющем случае выполнено с применением стационарных замещающих технологий либо амбулаторно.

Перечень КСГ, к которым применены вышеописанные правила, приведен в Методических рекомендациях.

2.4.6.3. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи в отдельных случаях.

Устанавливается КСЛП на основании объективных критериев, перечень которых представлен в Методических рекомендациях (проведение сочетанных хирургических вмешательств, однотипных операций при парных органах и другое).

Обоснованность применения коэффициента сложности лечения пациента подтверждается результатами контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при проведении внутриведомственной (с решением врачебной комиссии) и вневедомственной экспертизы случая.

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

Перечень случаев лечения, при которых установлены коэффициенты сложности лечения пациента, приведен в приложении № 5.

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 № 6 и в приложении №12.
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016- ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий и приложением 6 к Методическим рекомендациям.

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.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 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 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.

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.

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 № 10 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим Приложение № 10 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 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.

2.4.7.2. Определение полноты выполнения схемы лекарственной терапии проводится в соответствии с порядком, определенным Методическими рекомендациями.

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 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;

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.

2.4.8. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология».

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в

период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

2.4.9. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

Оказание медицинской помощи в хирургических дневных стационарах курсов химиотерапии, проводимых пациентам (взрослым) с онкологическими заболеваниями проводится на основе КР с учетом СМП, в том числе в условиях дневного стационара с оплатой за законченный случай лечения по соответствующей КСГ. Лекарственное обеспечение данной категории пациентов осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и Республики Северная Осетия-Алания, в том числе за счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется с учетом доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, устанавливаемой на федеральном уровне значения.

2.4.10. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с установленным Программой государственных гарантий перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи видов, содержащим, в том числе методы лечения (далее – Перечень).

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за законченный случай лечения заболевания по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню групп высокотехнологичной медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.

При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ-10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе КР с учетом СМП, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Перечне.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

2.4.11. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.021-st37.023 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной Министерством здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 788н.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

2.4.12. Оплата случаев лечения пациентов с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

Случаи лечения пациентов в состоянии средней тяжести в стационарных условиях оплачиваются дифференцированно в зависимости от длительности пребывания в стационаре:

при длительности пребывания в стационаре от 4 до 7 дней включительно – 50% от установленного тарифа;

при длительности пребывания в стационаре от 8 до 10 дней включительно – 70% от установленного тарифа.

2.4.13. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги в условиях дневного стационара оплата осуществляется за услугу 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 – за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

К законченному случаю необходимо относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

При этом, в период лечения пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

Стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от уровня его оказания.

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

2.4.14. Все случаи повторной госпитализации пациента в круглосуточный стационар по одному и тому же поводу в течение 30 дней после окончания лечения (за исключением онкологического профиля, осложнений, связанных с беременностью) подлежат проведению медико-экономической экспертизы и экспертизе качества медицинской помощи кроме случаев:

прогрессирования заболевания, обусловленного невыполнением пациентом предписанного ему режима или медикаментозной терапии;

закономерного прогрессирования заболевания (патологического процесса);

нарушения в преемственности ведения больного, допущенного на последующем этапе оказания медицинской помощи другой медицинской организацией;

проведения очередного этапа лечения после стабилизации состояния пациента; проведения в стационарных условиях медицинских манипуляций или сложных методов лечения после подбора целевых доз лекарственных препаратов;

проведение очередного курса терапии генно-инженерными препаратами ревматологическим пациентам.

2.4.15.Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, приведен в приложении № 8.

2.4.16.Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях с распределением по уровням, приведен в приложении № 9.

2.4.17. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС. При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

2.5.Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

2.5.1.Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях.

2.5.2.Общие правила формирования различных КСГ в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном.

В качестве основных критериев группировки используются код диагноза в соответствии со справочником МКБ-10 и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой.

2.5.3. В условиях дневного стационара КСЛП применяется при расчете стоимости случая лечения при условии проведения сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых. При отсутствии оснований применения КСЛП значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

2.5.4. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

Общие правила оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в дневном стационаре те же, что и в круглосуточном (подпункт 2.4.7.).

Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в приложении № 11.

2.5.5 Оплата экстракорпорального оплодотворения.

В рамках проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds.02.011.

Оплата экстракорпорального оплодотворения осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Порядок отбора и направления граждан из числа жителей Республики Северная Осетия-Алания на лечение бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения определяется Министерством здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания.

2.5.6. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной

тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется с учетом доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, устанавливаемой на федеральном уровне значении.

2.5.7. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

Для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной Министерством здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания. Шкала реабилитационной маршрутизации установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 788н.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.5.8. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

В условиях дневного стационара проводится консервативное лечение хронических болезней почек и их осложнений.

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.

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

Учитывая единственный, законодательно установленный способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы ОМС, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

При этом в период лечения в дневном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

2.5.9. Все случаи повторной госпитализации пациента в дневной стационар по одному и тому же поводу в течение 30 дней после окончания лечения (за исключением онкологического профиля, осложнений, связанных с беременностью) подлежат проведению медико-экономической экспертизы и экспертизе качества медицинской помощи кроме случаев:

прогрессирования заболевания, обусловленного невыполнением пациентом предписанного ему режима или медикаментозной терапии;

закономерного прогрессирования заболевания (патологического процесса);

нарушения в преемственности ведения больного, допущенного на последующем этапе оказания медицинской помощи другой медицинской организацией;

проведения очередного этапа лечения после стабилизации состояния пациента; проведения в стационарных условиях медицинских манипуляций или сложных методов лечения после подбора целевых доз лекарственных препаратов;

проведение очередного курса терапии генно-инженерными препаратами ревматологическим пациентам.

2.5.10. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с распределением по уровням, приведен в приложении № 12.

2.6. Оплата скорой медицинской помощи.

2.6.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Республике Северная Осетия-Алания, осуществляется:

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.6.2. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения, дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов.

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.

2.6.5. Формирование реестров счетов по скорой медицинской помощи производится по тарифам 1 вызова скорой медицинской помощи для врачебных и фельдшерских бригад, принятым настоящим Тарифным соглашением и в обязательном порядке отражаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи.

2.6.6. Финансирование дежурства бригад скорой помощи во время проведения массовых мероприятий не подлежит оплате из средств обязательного медицинского страхования.

2.6.7. Экстренная и неотложная медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях персоналом больничных учреждений или других медицинских организаций, или их соответствующих структурных подразделений, предоставляющих медицинскую помощь в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, а также подразделениями скорой медицинской помощи при обращении пациента, не нуждающегося в госпитализации непосредственно на станцию скорой медицинской помощи, предъявляется к оплате по тарифу посещения в связи с оказанием неотложной помощи.

2.6.8. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой

медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, приведен в приложении № 13.

2.7. В случаях оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях персоналом медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (приемных отделений стационаров) для определения показаний к госпитализации пациентам, не подлежащим госпитализации, медицинская помощь предьявляется к оплате по тарифу посещения неотложной медицинской помощи соответствующего профиля поликлиники.

Случай оказания медицинской помощи в приемном отделении считается законченным, если пациенту, не подлежащему госпитализации, оказана необходимая медицинская помощь, причины отказа в госпитализации и оказанная медицинская помощь зафиксированы в установленном порядке. Минимальным набором медицинских услуг, обосновывающим предьявление случая к оплате, является осмотр дежурным врачом и проведение необходимых для постановки диагноза лабораторно-инструментальных исследований.

2.8. Оплата медицинских услуг.

Диагностические (лабораторные) исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой система, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), а также обследования в рамках подготовки к программе вспомогательных репродуктивных технологий на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи подлежат оплате по установленному настоящим Тарифным соглашением тарифу в случае проведения указанных исследований пациенту по направлению медицинских организаций при оказании амбулаторной медицинской помощи и в порядке межучрежденческих расчетов при оказании стационарной медицинской помощи.

В соответствии с Программой государственных гарантий подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, отдельные тарифы на

оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий установлены для межтерриториальных расчетов.

В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента к коэффициенту уровня (подуровня) медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях и по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, рассчитываемого прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

2.9. Страховая принадлежность пациентов (как застрахованных на территории иных субъектов РФ, так и застрахованных на территории Республики Северная Осетия-Алания) устанавливается на дату окончания случая оказания медицинской помощи.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Формирование тарифов на медицинскую помощь (услуги), оказываемую медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и с учетом нижеследующего:

тарифы представляют собой денежную сумму, определяющую уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций при выполнении Территориальной программы ОМС;

тарифы используются для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС, в соответствии с утвержденными способами оплаты. Способы оплаты медицинской помощи устанавливаются Территориальной программой ОМС на соответствующий финансовый год;

структура тарифа установлена Федеральным законом и Территориальной программой ОМС на соответствующий финансовый год;

тарифы формируются с учетом нормативов объема медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевого норматива финансового обеспечения и включают виды затрат (расходов), компенсируемых средствами обязательного медицинского

страхования согласно Территориальной программе ОМС на соответствующий финансовый год;

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (далее - базовая ставка), определяется исходя из объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ, общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ, среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ;

финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и компенсируемых средствами обязательного медицинского страхования расходов по предоставлению застрахованным лицам медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется в пределах финансовых средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС РСО-Алания на соответствующий финансовый год.

Тарифы устанавливаются Комиссией:

на одно посещение амбулаторно-поликлинического учреждения, в том числе на одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

на одно обращение в связи с заболеванием;

на одно комплексное посещение в связи с проведением диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан;

на один вызов скорой медицинской помощи;

на медицинскую услугу по видам медицинских услуг, определенным Тарифным соглашением;

за законченный случай оказания медицинской помощи, включенный в КСГ;

за прерванный случай оказания медицинской помощи;

на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных лиц.

Тарифы дифференцируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, по профилям врачебных специальностей, методам

лечения, цели обращения за медицинской помощью, а также в зависимости от возраста пациента с учетом уровня оказания медицинской помощи.

Для дифференциации тарифов и подушевых нормативов применяются следующие коэффициенты дифференциации:

коэффициент относительной затратоемкости (КЗкст), отражающий отношение затратоемкости каждой КСГ к базовой ставке, определяется для каждой КСГ на федеральном уровне и не может быть изменен при установлении тарифов;

коэффициент специфики (КСкст), которым тарифы дифференцируются в целях управления структурой госпитализаций и учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации) (КУСмо/КПУСмо), которым учитывается ресурсоемкость применяемой технологии лечения в зависимости от оснащенности медицинской организации, уровня квалификации персонала медицинской организации и т.п.;

коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), которым учитывается ресурсоемкость оказываемой медицинской помощи в зависимости от наличия сопутствующего заболевания, опасных для жизни состояний, осложнений основного заболевания, тяжести состояния пациента, создания в отдельных случаях по медицинским показаниям особых условий наблюдения за пациентом;

коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

коэффициент половозрастного состава;

коэффициент уровня расходов медицинских организаций.

Тарифы применяются с даты, определенной настоящим Тарифным соглашением, и действуют в течение финансового года. При введении в течение финансового года новых тарифов ранее действовавшие тарифы не подлежат применению.

Тарифы применяются в соответствии с правилами, установленными настоящим разделом Тарифного соглашения.

В случае неустановления тарифов к началу финансового года, срок действия ранее утвержденных тарифов может быть продлен, о чем сторонами заключается дополнительное соглашение.

3.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и

химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, 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 № 14.

3.3.2. Исходя из объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования определяется значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи).

3.3.3. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, используемый для расчета коэффициента приведения в амбулаторных условиях, представлен в приложении № 16.

3.3.4. Финансирование амбулаторной медицинской помощи производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций определены с учетом:

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 ($K_{Дот}$);

коэффициента половозрастного состава ($K_{Дпв}$);

коэффициента уровня расходов медицинских организаций ($K_{Дур}$).

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Северная Осетия – Алания принимается равным 1.

Для расчета коэффициентов половозрастного состава 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 приведены в приложении № 16.

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 ($K_{Дот}$) приведены в приложении № 16.

Коэффициенты уровня расходов медицинской организации, применяемые к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведены в приложении № 16.

Дифференцированные подушевые нормативы в разрезе медицинских организаций приведены в приложении № 16.

3.3.5. По подушевому нормативу финансирования осуществляется финансовое обеспечение расходов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеваниями, за исключением:

- расходов на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- расходов на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходов на диагностические (лабораторные) исследования;
- средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;
- расходов на стоматологическую медицинскую помощь;
- расходов на оплату услуг диализа в амбулаторных условиях;
- расходов на оплату посещений школы сахарного диабета;
- расходов на оплату медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

3.3.6. Тарифы на медицинские услуги за единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях (посещение, обращение, услуга).

3.3.6.1. Тарифы на оплату посещений школы сахарного диабета представлены в приложении № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.6.2. Тарифы на оплату одного посещения, обращения по специальностям, дифференцированного по типам посещения, обращения представлены в приложении № 18 (18.1-18.3).

3.3.6.3. Тарифы на медицинские услуги Центров здоровья приведены в приложении № 19.

3.3.6.4. Тарифы на оплату стоматологической помощи представлены в приложении № 20.

3.3.6.5. Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения для проведения диспансеризации представлены в приложении № 21 (21.1-21.2).

3.3.6.6. Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения для проведения профилактических медицинских осмотров представлены в приложении № 22.

3.3.6.7. Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в определенные возрастные периоды представлены в приложении № 23.

3.3.6.8. Тарифы на оплату комплексного посещения в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных

(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, представлены в приложении № 24.

3.3.6.9. Базовые тарифы для оплаты услуг диализа, коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты услуг диализа, стоимость услуг диализа приведены в приложении № 25 (25.1-25.2).

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 затратоемкости, представленные в приложении № 25 (25.1-25.2).

3.3.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации и учитывает критерий 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».

Учитывая, что средства на оплату медицинской помощи в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах учтены как в нормативе финансовых затрат на одно посещение в неотложной форме, установленном Территориальной программой ОМС, так и в размерах финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, при определении подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях исключается дублирование указанных расходов.

Размеры финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов определены в зависимости от численности обслуживаемого ими населения и соответствия требованиям, установленным нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Российской Федерации, исходя из установленных Территориальной программой ОМС базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации.

Размер средств, направляемых в медицинскую организацию на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, определяется из расчета установленных настоящим Тарифным соглашением

размеров финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов и их количества в составе медицинской организации.

Средства перечисляются СМО в медицинские организации ежемесячно исходя месячного объема ассигнований, предусмотренных на указанные цели.

Размеры финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации и коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации представлены в приложении № 2 (2.1-2.2).

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.

3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, приведен в приложении № 26.

3.4.2. 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;

$KЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
$КУС_{МО}$	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:

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

где:

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$KЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости 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 № 30) значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
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)

3.4.2.1. Базовая ставка в условиях круглосуточного стационара определена исходя из объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ.

Размер базовой ставки в условиях круглосуточного стационара и размер базовой ставки в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации приведены в приложении № 27.

3.4.2.2. При расчете стоимости одного случая госпитализации в стационарных условиях за основу взяты коэффициенты относительной затратноемкости по КСГ, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС в Методических рекомендациях.

3.4.2.3. При расчете стоимости одного случая госпитализации учитываются также следующие поправочные коэффициенты:

3.4.2.3.1. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (КС_{КСГ}), которые установлены с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящую в определенную группу, или стимулирования к внедрению конкретных современных методов лечения. При этом, коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи. К подгруппам в составе КСГ коэффициент специфики не применяется. К КСГ, включенным в КПП st19 и ds19 «Онкология» и st08 и ds08 «Детская онкология», коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

3.4.2.3.2. Коэффициенты подуровня (КПУСмо) медицинской организации, которые позволяют учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленные объективными причинами.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен Приложением № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2.3.3. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), учитывающий более высокий уровень сложности затрат на оказание медицинской помощи в отдельных случаях.

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

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

3.4.2.3.4. При расчете стоимости одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов, в стационарных условиях взяты доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, утвержденные Программой государственных гарантий.

3.4.2.4. Формирование стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется путем округления до 2 знаков после запятой.

3.4.2.5. Размеры коэффициентов подуровня медицинских организаций в условиях круглосуточного стационара приведены в приложении № 28.

3.4.2.6. Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации в стационарных условиях, коэффициентами специфики и сроками лечения приведены в приложении № 29.

3.4.2.7. Перечень случаев, при которых может быть установлен КСЛП, с принятыми значениями коэффициентов приведен в приложении № 6.

3.4.2.8. Перечень КСГ для случаев госпитализации в стационарных условиях, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов, приведен в приложении № 30.

3.4.3. Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается по единым тарифам на медицинскую помощь по методам

высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Программой государственных гарантий.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по Перечню, а также доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи приведены в приложении № 31.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров всех типов.

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара приведен в приложении № 26.

3.5.2. Стоимость одного случая госпитализации 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:

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

где:

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратноёмкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
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 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 № 30) значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
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).

3.5.2.1. Базовая ставка в условиях дневных стационаров (стационара дневного пребывания при больничных учреждениях, дневного стационара при амбулаторных учреждениях и стационара на дому) по КСГ определена исходя из объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ.

Размер базовой ставки в условиях дневного стационара и размер базовой ставки в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации приведены в приложении № 32.

3.5.2.2. При расчете стоимости одного случая госпитализации в условиях дневного стационара за основу взяты коэффициенты относительной затратно-емкости по КСГ, утвержденные Методическими рекомендациями.

3.5.2.3. При расчете стоимости одного случая госпитализации в условиях дневного стационара, также, как и в условиях круглосуточного стационара (подпункт 3.4.2.3.), учитываются и другие поправочные коэффициенты: коэффициент специфики, коэффициент подуровня медицинской организации, а при расчете стоимости одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой государственных гарантий установлены доли заработной платы и прочих расходов, – еще и доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, утвержденные Программой государственных гарантий.

Формирование стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется путем округления до 2 знаков после запятой.

3.5.2.4. Размеры коэффициентов подуровня медицинской организации в условиях дневного стационара приведены в приложении № 33.

3.5.2.5. Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения в условиях дневного стационара коэффициентами специфики и сроками лечения приведены в приложении № 34.

3.5.2.6. Перечень КСГ для случаев госпитализации в условиях дневного стационара, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов приведен в приложении № 35.

3.5.2.7. Перечень КСГ дневного стационара, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, приведен в приложении № 7.

3.5.3. 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 затратно-емкости.

Базовые тарифы для оплаты услуг диализа, коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам для оплаты услуг диализа, стоимость услуг диализа приведены в приложении № 25 (25.1-25.2).

3.6. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи.

3.6.1. 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 № 14.

3.6.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (далее – базовый подушевой норматив), оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо.

Базовый подушевой норматив приведен в приложении № 36.

3.6.3. 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.

3.6.4. Для расчета коэффициентов половозрастного состава 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 № 37.

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

3.6.5. Финансирование скорой медицинской помощи вне медицинской организации по подушевому нормативу производится по дифференцированным подушевым нормативам.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи в разрезе медицинских организаций приведены в приложении № 38.

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.

3.6.7. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи приведены в приложении № 39.

3.7. Тарифы на оплату диагностических услуг.

Стоимость диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), а также обследования в рамках подготовки к программе вспомогательных репродуктивных технологий на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи), в том числе при осуществлении расчетов между медицинскими учреждениями, приведена в приложении № 40 (40.1-40.2)

3.8. Тарифы на оплату консультаций с применением телемедицинских технологий.

Стоимость консультаций с применением телемедицинских технологий приведена в приложении № 41.

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

4.1 Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской

помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) приведены в приложении № 42.

4.2 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 N 5 к Правилам) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но}, \text{ где:}$$

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

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

$K_{но}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр PT следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

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;

PT1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2 - 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);

$K_{но}$ - 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 N 5 к Правилам.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт}, \text{ где:}$$

Сшт – размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи (приложение № 43) (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением N 5 к Правилам, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Кшт – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

5. Заключительные положения

5.1.Изменения и дополнения в настоящее Тарифное соглашение, предусмотренные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», вносятся на основании решений Комиссии и оформляются Дополнительным соглашением.

5.2.В случае возникновения разногласий по применению настоящего соглашения любой участник обязательного медицинского страхования вправе обратиться в Министерство здравоохранения Республики Северная Осетия - Алания и ТФОМС РСО-Алания для разъяснений. Указанными разъяснениями участники обязательного медицинского страхования руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий.

5.3.При не урегулировании разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде Республики Северная Осетия-Алания.

5.4.Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр соглашения, хранится в Министерстве здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания, второй - в ТФОМС РСО-Алания.

5.5. Настоящее Тарифное соглашение заключено на 2025 год.

5.6. Настоящее Тарифное соглашение подлежит хранению по правилам организации Государственного архивного фонда.

Приложения к настоящему Тарифному соглашению:

№ приложения	Наименование приложения
1 (1.1-1.2)	Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях с указанием способов оплаты, применяемых для оплаты медицинской помощи
2 (2.1-2.2)	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
3 (3.1.-3.2.)	Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях
4	Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций
5	Перечень случаев лечения, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента с принятыми значениями коэффициентов
6	Перечень КСГ круглосуточного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее
7	Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации
8	Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь
9	Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях с распределением по уровням

	оказания медицинской помощи
10	Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию
11	Перечень КСГ дневного стационара, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее
12	Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара с распределением по уровням оказания медицинской помощи
13	Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации
14	Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС
15	Оплата комплексного посещения проведения диспансерного наблюдения (взрослое население)
16	Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования и фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе медицинских организаций
17	Стоимость комплексного посещения школы сахарного диабета в расчете на 1 пациента
18 (18.1-18.3)	Тарифы на оплату одного посещения, обращения по специальностям, дифференцированного по типам посещения, обращения
19	Тарифы на оплату медицинских услуг Центров здоровья

20	Тарифы на оплату стоматологической помощи
21 (21.1- 21.2)	Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения для проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения
22	Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения для проведения профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения
23	Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
24	Тарифы на оплату медицинской помощи комплексного посещения для проведения диспансеризации детей-сирот
25 (25.1.- 25.2.)	Базовые тарифы на оплату диализа, коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам на оплату диализа и стоимость услуг диализа
26	Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в условиях круглосуточного и дневного стационаров
27	Средняя стоимость законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка)
28	Коэффициенты подуровня медицинских организаций в условиях круглосуточного стационара
29	Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай госпитализации в стационарных условиях, коэффициенты специфики
30	Перечень КСГ для случаев госпитализации в стационарных условиях, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов
31	Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи

32	Средняя стоимость законченного случая лечения в условиях дневного стационара (базовая ставка)
33	Коэффициенты подуровня медицинских организаций в условиях дневного стационара
34	Перечень КСГ заболеваний с коэффициентами относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен конкретный случай лечения в условиях дневного стационара, коэффициенты специфики
35	Перечень КСГ для случаев госпитализации в условиях дневного стационара, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов
36	Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации
37	Коэффициенты половозрастного состава, применяемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи
38	Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи
39	Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи
40 (40.1- 40.2)	Тарифы на оплату диагностических услуг
41	Тарифы на оплату консультаций с применением телемедицинских технологий
42	Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
43	Значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для определения размера штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

44

Тарифы на проведение углубленной диспансеризации

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»

И.Б. Туаева

Директор АСП ООО «Капитал МС» -
Филиал в Республике Северная Осетия-
Алания

З.Д. Гудиева

Заместитель председателя Северо-
Осетинской республиканской организации
профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации

М. Б. Тамаев

