

**Дополнительное соглашение
к Тарифному соглашению по оплате медицинской помощи в системе
обязательного медицинского страхования Вологодской области
на 2023 год**

г. Вологда

28 февраля 2023 г.

1. Абзац 22 дополнить буквами и цифрами «от 30.01.2023 № 31-2/И/2-1287».

2. Абзац 23 дополнить словами и цифрами «доведенными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 января 2023 года № 31-2/И/2-1075, № 00-10-26-2-06/749».

3. В Разделе II «Способы оплаты медицинской помощи» пункт 4 «Способы оплаты медицинской помощи, применяемые при реализации ТПОМС» изложить в новой редакции:

«Способы оплаты медицинской помощи установлены «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 года № 2497.

В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

- При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- 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, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

• При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения МО 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 МО, преждевременной выписки пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской

помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 5 Программы, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

- При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе ВМП);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения МО 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 МО, преждевременной выписки пациента из МО в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 5 Программы, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе ВМП).

- При оплате 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):

- 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 МО, не имеющих прикрепившихся лиц).

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи выделены подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «акушерство и гинекология».

Перечень МО, включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Вологодской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты, на 2023 год (Приложение 1).».

4. В Раздел III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» внести следующие изменения:

4.1 в пункте 6.11 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях», в подпункте 1) цифры «6 756,45» заменить цифрами «6 693,41»;

4.2 в пункт 7.1 «Медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях» внести следующие изменения:

4.2.1 после подпункта 1) дополнить подпунктом 2) следующего содержания:

«2) Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССкsg) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{кsg} = БС \times КД \times КЗ_{кsg} \times КС_{кsg} \times КУС_{мо} + БС \times КД * \times КСЛП,$$

где:

- БС базовая ставка, рублей;
- КЗ_{кsg} коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КС_{кsg} 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 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».
- Данный коэффициент используется в расчетах, в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (далее - ЗАТО);

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 установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{KSG} = BC \times KZ_{KSG} \times ((1 - D_{zp}) + D_{zp} \times KS_{KSG} \times KUC_{Mo} \times KD) + BC \times KD * \times KSLP,$$

где:

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ_{KSG} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Д_{zp} доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

KS_{KSG} 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);

KUC_{Mo} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением 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»;

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).»;

4.2.2 подпункты 2-11 соответственно считать подпунктами 3-12;

4.3 в пункт 7.2 «Медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара» внести следующие изменения:

4.3.1 после подпункта 1) дополнить подпунктом 2) следующего содержания:

«2) Стоимость одного случая госпитализации в дневном стационаре (ССкsg) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$СС_{кsg} = БС \times КД \times КЗ_{кsg} \times КС_{кsg} \times КУС_{мо} + БС \times КД * \times КСЛП,$$

где:

БС базовая ставка, рублей;

КЗ_{кsg} коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;

КС_{кsg} 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 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».

Данный коэффициент используется в расчетах, в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (далее - ЗАТО);

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 установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

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

где:

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Д_{зп} доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе 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 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»;

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).»;

4.3.2 подпункты 2-3 соответственно считать подпунктами 3-4;

4.3.3 после под пункта 4) дополнить под пунктом 5) следующего содержания:

«5) Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара не применяются (равен единице).»;

4.3.4 подпункты 4-6 соответственно считать подпунктами 6-8;

4.4 в пункте 7.8 «Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» абзац 6 изложить в новой редакции:

«Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.»;

4.5 в пункте 8.3 «Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи.», в под пункте 1) цифры «1 072,04» заменить цифрами «1 044,16».

5. В пункте 9 «Порядок оплаты медицинской помощи и медицинских услуг при взаиморасчетах» в абзацах 9 и 10 после слов «в связи с заболеваниями с диагнозами U07.1, U07.2» дополнить словами «и медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме с 1 марта 2023 года».

6. В Разделе IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества», пункт 2 «Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи» изложить в новой редакции:

«1 072,0 руб. - при оказании скорой медицинской помощи;

612,4 руб. - для проведения профилактических медицинских осмотров;

934,0 руб. - для проведения диспансеризации;

92,7 руб. - для проведения углубленной диспансеризации;

940,9 руб. - для посещений с иными целями;

467,4 руб. - в неотложной форме;

3 507,4 руб. - в связи с заболеваниями (обращений);

145,4 руб. - компьютерная томография;

71,5 руб. - магнитно-резонансная томография;

55,2 руб. - ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы;

33,0 руб. - эндоскопическое диагностическое исследование;

9,2 руб. - молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний;

30,7 руб. - патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

123,8 руб. - тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

294,3 руб. - при проведении диспансерного наблюдения;

7 390,8 руб. – при оказании медицинской помощи в условиях стационара;

1 910,7 руб. – при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.».

7. В приложение 1 «Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Вологодской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты, на 2023 год.» внести следующие изменения:

7.1 строку 12 изложить в новой редакции:

«													
15	ООО «ВРДЦ» с 01.01.2023 по 17.01.2023	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
	ООО «ВОЦЭ» с 18.01.2023 по 31.12.2023	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2

»;

7.2 строки:

«													
28	АО «К+31»	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
112	ООО «АВ медикал групп»	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

»

дополнить буквами и цифрами «с 01.01.2023 по 31.01.2023»;

7.3 строку:

«													
107	ООО «Онкологический научный центр»				-			-	-			2	-

»

дополнить буквами и цифрами «с 01.01.2023 по 02.02.2023».

8. В приложение 4 «Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), применяемые, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Вологодской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, на 2023 год.)» внести следующие изменения:

8.1 в таблицу 2 «Тарифы на проведение диагностических (лабораторных) исследований на 2023 год» внести следующие изменения:

8.1.1 строку:

«

Оптическая когерентная томография глаза (ОКТ) (код услуги А06.26.060)***	494,70	526,04
--	--------	--------

»

заменить строками:

«

Оптическое исследование сетчатки с помощью компьютерного анализатора (код услуги А03.26.019)	494,70	526,04
Оптическое исследование переднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора (код услуги А03.26.019.001)	494,70	526,04
Оптическое исследование заднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора (код услуги А03.26.019.002)	494,70	526,04
Оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон с помощью компьютерного анализатора (код услуги А03.26.019.003)	494,70	526,04

»;

8.1.2 строку «***Код присвоен ДЗО Вологодской области (отсутствует в Приказе Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» от 13.10.2017г. № 804н)» исключить;

8.2 в таблицу 13.1 «Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи при оплате амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, в том числе применяемые при формировании реестров счетов при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, а также при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, на 2023 год.» внести следующие изменения:

8.2.1 строку

«

14	ООО «ВРДЦ»	2.2
----	------------	-----

»

изложить в новой редакции:

«

14	ООО «ВРДЦ» с 01.01.2023 по 17.01.2023	2.2
	ООО «ВОЦЭ» с 18.01.2023 по 31.12.2023	2.2

»;

8.2.2 дополнить строками:

«

56	БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»	1
57	БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом»	2.1

».

9. Приложение 5 «Тарифы на оплату услуг диализа на 2023 год» изложить в новой редакции в соответствии с приложением 1 к настоящему дополнительному соглашению.

10. В приложении 6 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), критерии их оценки, размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей на 2023 год», в строке 25, графе «Индикаторы выполнения показателя **» цифры и слова «100 % плана или более - 2 балл; выше среднего - 1 балл» заменить цифрами и словами «100 % плана или более - 1 балл; выше среднего - 0,5 балла».

11. В приложении 9 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на 2023 год» и приложении 11 «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях на 2023 год» в строке 217 графе 3 исключить слово «Поздний».

12. В приложении 10 «Коэффициенты уровня (подуровня) оказания стационарной медицинской помощи на 2023 год» в разделе «2 уровень медицинских организаций» строки «БУЗ ВО «Вологодская городская больница №1», «БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом», «БУЗ ВО «Медико-санитарная часть «Северсталь»» дополнить словами «за исключением структурных подразделений, оказывающих ВМП».

13. В приложении 12 «Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ по отдельным группам заболеваний, состояний в стационарных условиях на 2023 год» в строке «st19.122» графе 2 исключить слово «Поздний».

14. Приложение 15 «Тарифы по стационарной медицинской помощи на случай госпитализации по КСГ, в том числе применяемые для оплаты прерванных случаев лечения, на 2023 год» изложить в новой редакции в соответствии с приложением 2 к настоящему дополнительному соглашению.

15. В приложении 16 «Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи на 2023 год» строку:

«	Дermatovenerologiya	7	118 225,00	34,00	122 445,63	125 259,39	»
---	---------------------	---	------------	-------	------------	------------	---

изложить в новой редакции:

«	Дermatovenerologiya	7	118 255,00	34,00	122 476,70	125 291,17	».
---	---------------------	---	------------	-------	------------	------------	----

16. В приложении 17 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, на 2023 год» после строки:

«

154	ds34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,88
-----	----------	---	------

»

дополнить строками:

«

	ds34.001.1	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые, уровень 1, с 01.03.2023 по 31.12.2023	0,72
	ds34.001.2	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые, уровень 2, с 01.03.2023 по 31.12.2023	0,92

».

17. В приложении 18 «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2023 год» после строки:

«

154	ds34.001	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые	0,800
-----	----------	---	-------

»

дополнить строками:

«

	ds34.001.1	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые, уровень 1, с 01.03.2023 по 31.12.2023	1,000
	ds34.001.2	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые, уровень 2, с 01.03.2023 по 31.12.2023	1,000

».

18. Приложение 20 «Тарифы по медицинской помощи в условиях дневного стационара на случай лечения по КСГ, в том числе применяемые для оплаты прерванных случаев лечения, на 2023 год» изложить в новой редакции в соответствии с приложением 3 к настоящему дополнительному соглашению.

19. В приложение 22 «Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно на 2023 год» внести следующие изменения:

19.1 строку:

«

ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой (подтверждением) диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ (только для федеральных медицинских организаций)
----------	--

»

исключить;

19.2 строку:

«

ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования
----------	--

»

изложить в новой редакции:

«

ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования
----------	--

»;

19.3 после строки:

«

ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
----------	--

»

дополнить строкой:

«

ds34.001.1	Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые, уровень 1, с 01.03.2023 по 31.12.2023
------------	--

».

20. Приложение 25 «Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи), применяемые, в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Вологодской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, значения коэффициентов единицы объема, на 2023 год» изложить в новой редакции в соответствии с приложением 4 к настоящему дополнительному соглашению.

21. В приложение 27 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества на 2023 год» внести следующие изменения:

21.1 в разделе I «Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля» в пункте 1.6.4 после слов «...в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом» дополнить словом «пенсионного»;

21.2 комментарий после таблицы изложить в новой редакции:

«По результатам медико-экономического контроля реестров, прилагаемых к счетам медицинских организаций, финансируемых по подушевому принципу, и финансирование ФАП(ов) сумма счёта не уменьшается.

Расчет финансовых санкций

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times Kno,$$

где:

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

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

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

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:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times Kno,$$

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);

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

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

$$C_{шт} = PП \times K_{шт},$$

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 способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, 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».

22. Настоящие изменения вступают в силу с 28 февраля 2023 года и распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2023 года, за исключением:

- пункта 21, который распространяется на правоотношения, возникшие с 10 января 2023 года;
- подпунктов 7.1 и 8.2.1, которые распространяются на правоотношения, возникшие с 18 января 2023 года;
- подпункта 7.2, который распространяется на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2023 года;
- подпункта 7.3, который распространяется на правоотношения, возникшие с 3 февраля 2023 года;
- пунктов 5,6,16,17 и подпункта 19.3, которые распространяются на правоотношения, возникшие с 1 марта 2023 года.

Согласовано:

Начальник департамента
здравоохранения Вологодской области

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Вологодской области

Директор Вологодского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

Главный врач БУЗ ВО «Вологодский областной
кожно-венерологический диспансер», президент
Вологодской областной общественной
организации «Ассоциация врачей»

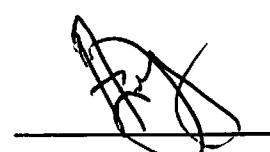
Председатель Вологодской областной
организации Профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации



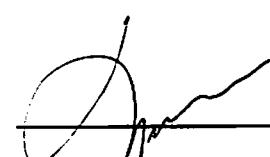
А.Г. Плотников



Д.Л. Порохин



А.В. Костарев



С.А. Румянцев



Т.П. Быкова