

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Чеченской Республики на 2019 год

1. Общие положения

Настоящее тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее – Тарифное соглашение) заключено на основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом условий оказания медицинской помощи, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики от №311 от 26.12.2018 года «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее - Территориальная Программа).

Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, единых для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории Чеченской Республики, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования.

Тарифным соглашением определены способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в зависимости от условий и профилей ее оказания, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением, формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в

Чеченской Республике в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из нормативов стоимости единицы объема медицинской помощи (по видам и условиям оказания), установленных в территориальной программе ОМС на 2019 год.

Настоящее Тарифное соглашение заключено между Министерством здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Сулейманова Э.А. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице первого заместителя директора Гагиева Р.Ш. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховой медицинской организацией АО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице директора Тапаева А.Ш. (далее - СМО), Чеченской республиканской региональной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Батукаева М.К. (далее - Профсоюз), Чеченской региональной общественной организацией «Медицинская палата Чеченской Республики» в лице члена Правления Бартиева Р.А. (далее - Медицинская палата).

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.1.2. При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях единицей объема следует считать посещение с профилактическими и иными целями, стоимость которого складывается с учетом содержащихся в нем количества условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ), а также обращение по поводу заболевания. Учет объемов стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, согласно приложению № 23 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях представлен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.4. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

- в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) - приложение № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

- медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) - приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению;

- перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

- обращение по заболеванию к кардиологу
- обращение по заболеванию к ревматологу
- обращение по заболеванию к педиатру
- обращение по заболеванию к терапевту
- обращение по заболеванию к эндокринологу
- обращение по заболеванию к аллергологу
- обращение по заболеванию к неврологу
- обращение по заболеванию к инфекционисту
- обращение по заболеванию к хирургу
- обращение по заболеванию к урологу
- обращение по заболеванию к акушер-гинекологу
- обращение по заболеванию к оториноларингологу
- обращение по заболеванию к офтальмологу
- обращение по заболеванию к дерматологу
- обращение по заболеванию к гастроэнтерологу
- обращение по заболеванию к пульмонологу
- обращение по заболеванию к нефрологу
- обращение по заболеванию к гематологу
- обращение по заболеванию к травматологу
- обращение по заболеванию к нейрохирургу
- обращение по заболеванию к проктологу
- обращение по заболеванию к онкологу

- посещение к кардиологу
- посещение к ревматологу
- посещение к педиатру
- посещение к терапевту
- посещение к эндокринологу
- посещение к аллергологу
- посещение к неврологу
- посещение к инфекционисту
- посещение к хирургу
- посещение к урологу
- посещение к акушеру-гинекологу
- посещение к оториноларингологу
- посещение к офтальмологу
- посещение к дерматологу
- посещение к СМР (фельдшеру, акушеру)
- посещение к гастроэнтерологу
- посещение к пульмонологу
- посещение к нефрологу
- посещение к гематологу
- посещение к травматологу
- посещение к нейрохирургу
- посещение к проктологу
- посещение к онкологу

- проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом, единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение;

- перечень единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, оплачиваемых по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь - приложение № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2. Основные подходы к оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по КСГ

2.2.1. Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, 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, на которые Территориальной Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи; - услуг диализа, включающих различные методы.

2.2.2. При расчете объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с оплатой по КСГ, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов (объемных и финансовых) Территориальной Программы (в части территориальной программы обязательного медицинского страхования), исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);
- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

2.2.3. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо провести хирургическое лечение, 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 коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

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

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

2.2.6. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Территориальной Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень). Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным в разделе I, приложения 1 Территориальной Программы. 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.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, применяется способ оплаты - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

2.3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.4.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, применяется способ оплаты - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

2.4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.3. Коэффициент уровня для оплаты медицинской помощи оказанной в условиях дневных стационаров всех типов равен 1.0.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.5.1. 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) применяется способ оплаты - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.5.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, представлен в приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5.3. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам, представлен в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2019 год составляет - 3 967,90 рублей.

3.1.2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в амбулаторно-поликлинических условиях, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и 14525/26-1/и, составил – 117,57 рублей;

3.1.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в амбулаторных условиях:

Моложе трудоспособного возраста						Трудоспособный возраст		Старше трудоспособного возраста	
Дети 0-1 года		Дети 1-4 года		Дети 5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
1,2976	1,2729	0,8488	0,8490	0,4859	0,4761	0,5065	1,2338	0,5421	0,7954

3.1.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп медицинских организаций, рассчитанные на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, представлены в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.5. Тарифы на оплату единиц объема амбулаторной медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые также при осуществлении межтерриториальных расчетов, представлены в приложениях 5 - 9, тарифы на диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных(удочеренных), принятых под опеку(попечительство), в приемную или патронатную семью, а также пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (на законченный случай лечения) по территориальной программе ОМС Чеченской Республики на 2019 год представлены в приложении № 21. Тарифы на оплату медицинской помощи по гемодиализу в амбулаторных условиях представлены в приложении № 10.

3.1.6. Виды медицинских услуг, не включенные в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц:

- все виды диспансеризации и профилактических осмотров граждан;
- диализ в амбулаторных условиях,
- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме,
- стоматологическая медицинская помощь.

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 установленных тарифов.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационара

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2019 год, составляет - 4 690,79 рублей.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ, клинико-профильных групп (далее - КПП) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КПП) представлен в приложении № 13.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ (КПП) составляет - 25 503,87 руб.

3.2.4. К тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлены коэффициенты уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких

муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Поправочные коэффициенты к тарифам для оплаты КСГ (КПГ), установленные в Чеченской Республике на 2019 год в рамках настоящего Тарифного соглашения (коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, управленческий коэффициент и коэффициент сложности лечения пациента), представлены в приложениях № 24 и 25.

3.2.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях представлены в приложении № 16.

3.2.6. Тарифы на оказание отдельной услуги по гемодиализу в стационарных условиях представлены в приложении № 10.

3.2.7. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в приложении № 20.

3.2.8. Тарифы, указанные в пунктах 3.2.5., 3.2.6. и 3.2.7. применяются, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

3.2.9. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи, связанные с переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований и случаи, длительность госпитализации которых составляет менее 3 дней (≤ 3) включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

3.2.10. Перечень групп в стационарных условиях, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 5.4 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего Тарифного соглашения.

3.2.11. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, 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 100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в выше указанном порядке.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

3.2.12. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

При этом, если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет - 1113,20 рублей.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ (КПГ) в условиях дневных стационаров всех типов с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КПГ) представлен в приложении № 18.

3.3.3. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневных стационаров всех типов (в том числе, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов), представлены в приложении № 17.

3.3.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ (КПГ) в условиях дневных стационаров всех типов, составляет - 14 177,28 рублей.

3.3.5. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи, связанные с переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований и случаи, длительность госпитализации которых составляет менее 3 дней (≤ 3) включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

3.3.6. Перечень групп в условиях дневного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 5.4 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего Тарифного соглашения.

3.3.7. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 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 100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в выше указанном порядке.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

3.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете

на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет - 671,69 рублей.

3.4.2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в условиях оказания скорой медицинской помощи, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и 14525/26-1/и, составил – 53,66 рублей.

3.4.3. Половозрастные группы численности застрахованных лиц в Чеченской Республике и половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

Моложе трудоспособного возраста						Трудоспособный возраст		Старше трудоспособно	
Дети 0-1		Дети 1-4		Дети 5-17		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и	55 лет и
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,0616	0,0391	0,2354	0,1927	0,2352	0,2253	0,7730	1,3200	2,3430	3,6207

3.4.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп медицинских организаций, рассчитанные на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и коэффициенты дифференциации подушевого норматива, представлены в приложении № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.5. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, тромболизис), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в приложении №3.

3.5. Структура тарифа на оплату медицинской помощи

Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Чеченской Республики и в части базовой программы обязательного медицинского страхования 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), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, 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 ста тысяч рублей за единицу.

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

4.1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества устанавливается расчётным путем по итогам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на дату оказания или отказа в оказании медицинской помощи.

4.2. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$
 где:

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденном приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230) (далее - Перечень оснований):

Размер К _{но}	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

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

$Сшт = РП \times Кшт$, где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с

законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании

медицинской помощи;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер К _{шт}	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

Коды дефектов согласно Перечню оснований раскрыты в приложении № 22 к настоящему тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2019 года и действует по 31 декабря 2019 года.

5.2. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

5.3. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам оплачивается по тарифам, представленным в приложении №10 за счет средств обязательного медицинского страхования, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

В период оказания медицинской помощи по гемодиализу, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется не за счет средств ОМС, а за счет других источников, в порядке, установленном действующим законодательством (в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 г. № 11-7/10/2-7543 и № 14525/26-1/и).

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим медицинскую помощь по гемодиализу, оплата осуществляется:

- в амбулаторных условиях - за услугу диализа, поправочные коэффициенты к стоимости услуги по диализу не применяются;
- в условиях дневного стационара - за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание;
- в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

Оплата медицинской помощи по всем условиям оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 г. № 11-7/10/2-7543 и № 14525/26-1/и) и инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета классификационных критериев, и подходами к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования,

направленной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.12.2018 года №15031/26-1/и.

5.4. Рекомендуемые тарифы отдельных диагностических обследований (МРТ,КТ) для медицинских организаций при осуществлении межучрежденческих взаиморасчетов представлены в приложении 26.

5.5. Тарифы на медицинские услуги с применением мобильных медицинских комплексов не установлены в связи с их неприменением на территории Чеченской Республики.

5.6. В рамках настоящего Тарифного соглашения осуществляется оплата случаев медицинской помощи, оказанных в условиях дневного стационара и в условиях круглосуточного стационара, в полном объеме, независимо от фактической длительности лечения по следующим КСГ (Таблица 1 и Таблица 2):

Таблица 1

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.007	Аборт медикаментозный
ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)

ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
s	Осложнения, связанные с беременностью
st02.001	
st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)

st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.005	Сотрясение головного мозга
st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)

st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

СОГЛАСОВАНО: 28 декабря 2018 года

Минздрав Чеченской Республики

Э.А. Сулейманов

ТФОМС Чеченской Республики

Р.Ш. Газиев

Медицинская палата

Р.А. Бартиев

А.Ш. Тапаев

Профсоюз

М.К. Батукаев

республиканская
организация Профсоюза
работников
здравоохранения
РФ