

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования

Чеченской Республики на 2021 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 Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики от 15.12.2020 года №381 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» (далее - Территориальная Программа).

Разработка и формирование Тарифного соглашения выполнено в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 11-7/И/2-20691 и № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020 (далее – Методические рекомендации).

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.

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.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию, включая их структуру, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и, исходя из нормативов стоимости единицы объема медицинской помощи (по видам и условиям оказания), установленных в территориальной программе ОМС на 2021 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 Алханова А.Р. (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:

- а) 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-биологических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- б) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, 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);
- в) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - 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);

г) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.05.2012 года №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

2.1.2. При оплате стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях единицей объема считается посещение с профилактическими и иными целями, а также обращение по поводу заболевания. Для учета оказываемых стоматологических услуг, отчетности деятельности специалистов и оплаты их труда в стоматологии используются условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ), Учет объемов стоматологической медицинской 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 (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на

финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов), приложение №12 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.5. Перечень медицинских организаций (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющих 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.

2.1.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих отдельные диагностические (лабораторные) исследования - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, приложение № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.7. 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 челюстно-лицевому 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
- обращение по заболеванию к гериатру
- обращение по заболеванию к стоматологу
- 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 челюстно-лицевому хирургу
- посещение к урологу
- посещение к акушеру-гинекологу
- посещение к оториноларингологу
- посещение к офтальмологу
- посещение к дерматологу
- посещение к гастроэнтерологу
- посещение к пульмонологу
- посещение к нефрологу
- посещение к гематологу
- посещение к травматологу
- посещение к нейрохирургу
- посещение к проктологу
- посещение к онкологу
- посещение к гериатру
- посещение к стоматологу
- комплексное посещение в рамках профилактических медицинских осмотров
- комплексное посещение в рамках диспансеризации
- посещение в рамках диспансерного наблюдения

2.1.8. В соответствии с подразделом 2.9. «Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации» раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций, оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», и с учетом целевых показателей охвата населения

профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

При этом, единицей объема оказанной медицинской помощи в рамках профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации является комплексное посещение.

2.1.9. Перечень единиц объема медицинской помощи, оплачиваемых по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу, приложение № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.10. В соответствии с подразделом 2.10. «Подходы к оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций, оплата проведения диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентов 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.

2.1.11. Территориальной Программой, в рамках территориальной программы ОМС, установлены нормативы объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров на 2021 год - 0,260 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований - 0,190 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, и нормативы финансовых затрат на 2021 год на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 1 896,5 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 2 180,1 рубля, включающие в себя расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

Тарифы на профилактические осмотры и проведение диспансеризации (приложение №8 и приложение №9 настоящего Тарифного соглашения) дифференцированы в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования мобильных медицинских бригад для проведения профилактических осмотров и диспансеризации. При этом расчет тарифов на единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) при оплате профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (применяемые в том числе при межтерриториальных расчетах), осуществлен в соответствии с Методикой расчета тарифов с учетом нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного

медицинского страхования Чеченской Республики на 2021 год.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии и направление пациентов на исследования в медицинскую организацию осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний, в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения Чеченской Республики порядком маршрутизации пациентов для направления на указанные диагностические исследования.

2.1.12. Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов и иных типов на 2021 год в рамках настоящего Тарифного соглашения установлено в соответствии с требованиями Методических рекомендаций, согласно приложению №28 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ №543н), составляет на 2021 год:

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1010,7 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 601,2 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1 798,0 тыс. рублей.

При расчете финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, а также иных типов не соответствующих требованиям, установленным Приказом №543н, применяется понижающий коэффициент в размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и для фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей применяется повышающий коэффициент в размере 1,4 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC'_{\text{ФАП}} = \sum_n \left(Ч'_{\text{ФАП}} \times БНФ'_{\text{ФАП}} \times КС'_{\text{БНФ}} \right), \text{ где:}$$

$OC'_{\text{ФАП}}$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение

фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;

- $\chi_{\text{ФАП}}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
- $\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа;
- $\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

В течение года ежемесячное финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов и иных типов осуществляется из расчета 1/12, установленного приложением №28 к настоящему Тарифному соглашению, годового размера финансовых средств.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года и рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^j = \text{ОС}_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{БНФ}_{\text{ФАП}}^j \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$\text{ОС}_{\text{ФАПнг}}^j$ размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$n_{\text{мес}}$

количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в установленные размеры финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

2.2. Способы оплаты и основные подходы к оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по КСГ

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), за исключением специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с Территориальной Программой применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе КСГ);
- за медицинскую услугу, применяется при оплате услуг диализа;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

2.2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, за исключением специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с Территориальной Программой применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе КСГ);
- за медицинскую услугу, применяется при оплате услуг диализа;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

2.2.5. Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, осуществляется по КСГ 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;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.2.6. При расчете объема средств (ОС), предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с оплатой по КСГ медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Чеченской Республики, из общего объема средств, рассчитанного исходя из нормативов (объемных и финансовых) Территориальной Программы (в части территориальной программы обязательного медицинского страхования), исключены 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.

2.2.7. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основано на объединении заболеваний в клинко-статистические группы (КСГ). 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. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПП «Пульмонология». Подобным образом осуществляется оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей при госпитализациях на койки как по профилю «Онкология», так и по профилю «Гематология». 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.

При оплате медицинской помощи по КСГ применяются расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая правила учета классификационных критериев (далее – Инструкция), направленные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в электронном виде.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Например, в случае, когда пациент, страдающий сахарным диабетом, госпитализирован в медицинскую организацию с легочной эмболией, для оплаты медицинской помощи в реестре счетов в поле «Основной диагноз» указывается легочная эмболия, в поле «Дополнительный диагноз» указывается сахарный диабет. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией (подробности кодирования указанных состояний представлены в Инструкции).

При этом обеспечивается учет всех медицинских услуг, используемых в расшифровке групп. При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

Описание алгоритма группировки с применением таблицы «Группировщик» для случаев лечения, оплата которых осуществляется по КСГ, представлено в Инструкции.

2.2.8. Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе клинических рекомендаций и с учетом 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.

2.2.9. При направлении в медицинскую организацию, 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 по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

2.2.10. После оказания в 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.

2.2.11. 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 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 территориальную программу обязательного медицинского страхования (в рамках базовой), 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 скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

2.3.1. 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.

2.3.2. 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.

2.3.3. Перечень медицинских услуг по скорой медицинской помощи, оплачиваемых по отдельным тарифам (применяются, в том числе при

межтерриториальных расчетах), представлен в приложении №2 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи

Тарифы рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Тарифы формируются с учетом нормативов объемов медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевого норматива финансового обеспечения утвержденных в рамках Территориальной программы ОМС и включают виды затрат (расходов, включенных в структуру тарифа), компенсируемых за счет средств ОМС.

3.1. Оплата 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 2021 год, составляет - 4 643,82 рубля. Расчет выполнен в соответствии с формулой:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(N_{O_{ПРОФ}} \times N_{ФЗ_{ПРОФ}} \times N_{O_{ОЗ}} \times N_{ФЗ_{ОЗ}} \times N_{O_{НЕОТЛ}} \times N_{ФЗ_{НЕОТЛ}}) \times ЧЗ - ОС_{МП}}{ЧЗ},$$

где:

ΦO_{CP}^{AMB} средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N_{O_{ПРОФ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$N_{O_{ОЗ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

Но _{НЕОТЛ}	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;
Нфз _{ПРОФ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфз _{ОЗ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
Нфз _{НЕОТЛ}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
ОС _{МТР}	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Чеченской Республики, рублей;
Чз	численность застрахованного населения Чеченской Республики, человек.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо определен по следующей формуле:

$$ПН_A = \frac{ФО_{СР}^{АМБ} \times Ч_з - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{НЕОТЛ} + ОС_{НЕОТЛ(ФАП)}}{Ч_з},$$

где:

ПН _д	подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными нормативами, рублей;
ОС _{ФАП}	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;
ОС _{ИССЛЕД}	размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (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) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
ОС _{ПО}	размер средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей
ОС _{ДИСП}	размер средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей
ОС _{НЕОТЛ}	размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы

обязательного медицинского страхования, рублей;

ОС_{НЕОТЛ(ФАП)} размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, рублей

3.1.2. Исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной Программой нормативами (ПНА), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо определен базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = ПН_{А} - \frac{ОС_{ЕО}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

ПН_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

ОС_{ЕО} размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Чеченской Республике лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной Программой нормативами), рублей.

При этом объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам Чеченской Республики за пределами территории Чеченской Республики.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в амбулаторно-поликлинических условиях на 2021 год (ПНБАЗ), определенный в соответствии с Методическими рекомендациями, составил в расчете на год 1650,60 рублей или 137,55 рубля в расчете на месяц.

Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключаяющий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи, 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, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и

оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях (далее - коэффициент приведения в амбулаторных условиях) рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Пр}_{\text{АМБ}} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}}}{\text{ФО}_{\text{АМБ}}^{\text{СР}}}, \text{ где:}$$

Пр_{АМБ} - коэффициент приведения в амбулаторных условиях;

ПН_{БАЗ} - базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

Коэффициент приведения в амбулаторных условиях (Пр_{АМБ}) на 2021 год, рассчитанный по выше приведенной формуле составляет - 0,35544.

3.1.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в амбулаторных условиях:

Дети 0-1 года		Дети 1-4 года		Дети 5-17 лет		18-64 лет		65 лет и старше	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,7760	0,7662	1,6408	1,6470	1,7464	1,7122	1,4412	3,0430	1,6484	2,0878

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающий половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации.

3.1.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, 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.

Финансирование МО осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе среднего подушевого норматива финансирования с учетом коэффициентов, приведенных 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 к тарифному

соглашению № 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) на 2021 год представлены в приложении к тарифному соглашению №21 (применяются, в том числе при межтерриториальных расчетах).

Тарифы на оплату медицинской помощи по гемодиализу в амбулаторных условиях представлены в приложении № 10 к тарифному соглашению (применяются, в том числе при межтерриториальных расчетах).

Тарифы на оплату посещения в амбулаторных условиях включают в себя расходы на медицинские вмешательства и медицинские услуги, оказываемые пациенту, получающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях в установленном порядке, за исключением лечебно-диагностических услуг (исследований), на которые настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

3.1.6. Тарифы на проведение отдельных диагностических исследований за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики на 2021 год представлены в приложении № 29 к настоящему Тарифному соглашению (применяются, в том числе при межтерриториальных расчетах). Указанные тарифы рекомендованы медицинским организациям, в том числе для осуществления межучрежденческих взаиморасчетов.

3.1.7. Виды медицинских услуг, не включенные в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу:

- посещение - оказание медпомощи в приемном отделении стационара при условии наблюдения за пациентом до 6 часов после проведения лечебно-диагностических мероприятий;

- посещение по амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

- услуги диализа;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в соответствии с нормативами, установленными Территориальной Программой в части базовой программы обязательного медицинского страхования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

- объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

3.1.8. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской

помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (осуществляются медицинскими организациями) и межтерриториальных расчетах (осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования).

При формировании медицинскими организациями 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.

3.1.9. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в Чеченской Республике распределена на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

3.1.10. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования:

- 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 заболеванием, за исключением расходов на:

- посещения - оказание медпомощи в приемном отделении стационара при условии наблюдения за пациентом до 6 часов после проведения лечебно-диагностических мероприятий;

- посещения по амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

- услуги диализа;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в соответствии с нормативами, установленными Территориальной Программой в части базовой программы обязательного медицинского страхования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-биологические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

- на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными в рамках Территориальной Программы размерами финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

- на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.1.11. При расчете стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их подразделениях, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек применяются коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц установлены коэффициенты дифференциации ($K_{\text{Дот}}$): для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, в размере 1,113, для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - 1,04 (отражены в приложении к тарифному соглашению №11).

В медицинских организациях, в которых отдельные подразделения, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации $K_{\text{Дот}}$, объем направляемых финансовых средств рассчитан исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$K_{\text{Дот}}^i = (1 - \sum D_{\text{от}j}) + \sum (K_{\text{Дот}j} \times D_{\text{от}j}), \text{ где}$$

$K_{\text{Дот}}^i$ 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.

$D_{\text{от}j}$ доля населения, обслуживаемая подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$K_{\text{Дот}j}$ коэффициент дифференциации, применяемый к подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

3.1.12. Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой застрахованному лицу в возрасте 65 лет и старше, применен коэффициент дифференциации для подушевого норматива

финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц в размере не менее 1,6. Указанный коэффициент соответствует Методическим рекомендациям.

3.1.13. Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи

На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитаны дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_{\text{Н}}^i = \Phi O_{\text{СР}}^{\text{АМБ}} \times \text{Пр}_{\text{АМБ}} \times \text{КС}_{\text{МО}}^i \times \text{КУ}_{\text{МО}}^i \times \text{КД}_{\text{ОТ}}^i \times \text{КД}^i, \text{ где:}$$

$ДП_{\text{Н}}^i$ дифференцированный подушевой норматив для i -той медицинской организации, рублей;

$КД_{\text{ОТ}}^i$ Коэффициент дифференциации i -той медицинской организации, применяемый к подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

$КД^i$ Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 462.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$\text{ПК} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}} \times \text{Ч}_3}{\sum_i (\text{ДП}_{\text{Н}}^i \times \text{Ч}_3^i)}$$

Поправочный коэффициент (ПК) на 2021 год, рассчитанный по указанной выше формуле составляет – 0,627.

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле: $\text{ФДП}_{\text{Н}}^i = \text{ДП}_{\text{Н}}^i \times \text{ПК}$, где:

$\text{ФДП}_{\text{Н}}^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i -той медицинской организации, рублей.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

3.1.14. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи размер финансового обеспечения медицинской организации

складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи и определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T_i), \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$ фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$O_{\text{МП}}$ фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);

T_i тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для i -той группы медицинских организаций, рублей.

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики на 2021 год.

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

3.1.15. При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых, комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых, комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год прохождения диспансеризации) тарифы рассчитаны с применением повышающих коэффициентов в размере 1,05, которые представлены в таблицах 1 и 2 приложения №9 к тарифному соглашению.

При оказании медицинской помощи для проведения комплексного посещения по диспансеризации взрослых, комплексного посещения профилактического медицинского осмотра взрослых, комплексного посещения профилактического медицинского осмотра взрослых в год прохождения диспансеризации в выходные дни тарифы рассчитаны с применением повышающего коэффициента в размере 1,05, которые представлены в таблицах 1 и 2 приложения 9 к тарифному соглашению.

3.1.16. Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = O C_{\text{ДС}}^i + \Phi \text{ДП}_N^i \times \text{Ч}_3^i + O C_{\text{ФАП}}^i + O C_{\text{ИССЛЕД}}^i + O C_{\text{НЕОТЛ}}^i + O C_{\text{ЕО}}^i, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$ фактический размер финансового обеспечения i -той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;

$O C_{\text{ДС}}^i$ размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной

$OC_{\text{ФАП}}^i$	помощи по КСГ, оказываемой в i -той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей; размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в i -той медицинской организации;
$OC_{\text{ИССЛЕД}}^i$	размер средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в i -той медицинской организации, рублей;
$OC_{\text{НЕОТЛ}}^i$	размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i -той медицинской организации, рублей;
$OC_{\text{ЕО}}^i$	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i -той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами), рублей.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного 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 на 2021 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет - 5057,20 рублей.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ (клинико-статистические группы), с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в приложениях №13 и №13а. Коэффициент относительной затратоемкости установлен на федеральном уровне для каждой КСГ и КППГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и не может быть изменен при установлении территориальных тарифов.

3.2.3. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

2. Коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на

единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (указанный коэффициент дифференциации для Чеченской Республики не установлен);

3. Коэффициент относительной затратоемкости;
4. Коэффициент дифференциации, при наличии;
5. Поправочные коэффициенты:
 - a. коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
 - b. коэффициент уровня медицинской организации;
 - c. коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ/КПГ}) по КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.6.1 настоящих рекомендаций) определен по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = НФЗ \times КП \times КЗ_{КСГ/КПГ} \times ПК \times КД, \text{ где}$$

- | | |
|-----------------------|---|
| НФЗ | средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей; |
| КП | коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации; |
| КЗ _{КСГ/КПГ} | коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне); |
| ПК | поправочный коэффициент оплаты КСГ; |
| КД | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 N 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 N 462) - для Чеченской Республики не установлен.

Поправочный коэффициент (ПК) формируется с применением следующих коэффициентов:

- коэффициента специфики (на территории Чеченской Республики не установлен);
- уровня оказания стационарной медицинской помощи (в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи);
- сложности лечения пациента.

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) и коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) к тарифам для оплаты КСГ, установленные в Чеченской Республике на 2021 год в рамках настоящего Тарифного соглашения, представлены в приложениях № 24 и 25.

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка, рассчитанная с применением коэффициента приведения к среднему нормативу финансирования одного случая госпитализации стационарной медицинской помощи), включенного в КСГ составляет в круглосуточном стационаре – 28 279,88 руб.

Рассчитан коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи рассчитан по следующей формуле и составляет 0,78366924:

$$КП = \frac{БС}{НФЗ}, \text{ где}$$

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей;

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) рассчитан по формуле:

$БС = ОС / (Ч_{сл} \times СПК)$ (где ОС – объем средств в круглосуточном стационаре, рассчитан в соответствии с пунктом 2.2.6. настоящего тарифного соглашения).

В соответствии с пунктом 3.1. «Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка)» Методических рекомендаций, СПК принят в размере 1,2.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки осуществляется в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал. Расчет базовой ставки выполнен отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Базовая ставка в стационарных условиях установлена в размере 78,4% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

3.2.4. При оплате медицинской помощи учитываются этапы (уровни) предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания.

К тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлены коэффициенты уровня оказания медицинской помощи:

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Установленные приложением № 25 настоящего Тарифного соглашения

значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи составляют:

- для медицинских организаций 1-го уровня - 0,95;
- для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;
- для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Установленный приложением № 24 к настоящему Тарифному соглашению КСЛП в суммарном значении при наличии нескольких критериев не может превышать значение 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи.

Это группы в условиях круглосуточного стационара, 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 медицинской помощи.

№ п/п	№ КСГ	Наименование КСГ
1	st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
2	st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
3	st02.006	Послеродовой сепсис
4	st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
5	st03.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
6	st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
7	st06.003	Легкие дерматозы
8	st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
9	st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
10	st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
11	st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
12	st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
13	st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
14	st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
15	st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
16	st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
17	st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
18	st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
19	st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
20	st16.005	Сотрясение головного мозга
21	st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
22	st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
23	st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
24	st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
25	st20.010	Замена речевого процессора

№ п/п	№ КСГ	Наименование КСГ
26	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
27	st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
28	st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
29	st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
30	st27.003	Болезни желчного пузыря
31	st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
32	st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
33	st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
34	st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
35	st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)
36	st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
37	st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
38	st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
39	st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
40	st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
41	st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
42	st30.004	Болезни предстательной железы
43	st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
44	st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
45	st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
46	st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
47	st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
48	st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
49	st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
50	st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
51	st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
52	st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
53	st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
54	st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
55	st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
56	st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
57	st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
58	st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
59	st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
60	st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
61	st36.009	Реинфузия аутокрови
62	st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
63	st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
64	st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)

3.2.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях в разрезе КСГ 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 в условиях круглосуточного стационара.

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.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной 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 - 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Если хирургическое вмешательство 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 5.6 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего Тарифного соглашения.

3.2.11. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), 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 оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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. Помимо случаев перевода пациента при возникновении нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ 10:

- 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 (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности 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,

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матер,
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.2.13. Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен в приложении 27 к Тарифному соглашению.

3.2.14. В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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 на 2021 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет – 1319,71 рублей.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ в условиях дневных стационаров всех типов с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в приложениях № 17 и № 17а. Коэффициент относительной затратоемкости установлен на федеральном уровне для каждой КСГ при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара и не может быть изменен при установлении тарифов в рамках настоящего Тарифного соглашения.

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 №18.

3.3.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), определяется исходя из следующих параметров: объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС), общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл), среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ - (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ в условиях дневных стационаров всех типов, составляет - 16 665,42 рублей.

Рассчитан коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи рассчитан по следующей формуле и составляет 0,7526712:

$$КП = \frac{БС}{НФЗ}, \text{ где}$$

БС размер средней стоимости случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), рублей;

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) рассчитан по формуле:

$БС = ОС / (Чсл \times СПК)$ (где ОС объем средств в условиях дневного стационара рассчитан в соответствии с пунктом 2.2.6. настоящего тарифного соглашения).

В соответствии с пунктом 3.1. «Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка)» Методических рекомендаций, СПК принят в размере 1,2.

Базовая ставка в условиях дневного стационара установлена в размере

75,3% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

Коэффициент уровня медицинских организаций для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, равен 1,0.

3.3.5. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

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.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной 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 - 100% 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 5.6 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего Тарифного соглашения.

3.3.7. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), 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 оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

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.

3.3.8. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.9. Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией.

. В случае если фактическое количество дней введения в рамках случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, определенному Приложением 1 к Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ. В случае если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата случая проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Оплата прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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 на 2021 год, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{СМП}} = \frac{(\text{Н}_{\text{О СМП}} \times \text{Нфз}_{\text{СМП}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

ΦO_{CP}^{CMT}	средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;
HO_{CMT}	средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;
Hfz_{CMT}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
OC_{MTP}	размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным в Чеченской Республике лицам за пределами Чеченской Республики, за вызов, рублей;
$Чз$	численность застрахованного населения Чеченской Республики, человек.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в расчете на 1 застрахованное лицо, рассчитанный по указанной выше формуле, составляет - 773,90 рублей.

3.4.2. В соответствии с Методическими рекомендациями базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается, исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{(\Phi O_{CP}^{CMT} \times Чз - OC_{В})}{Чз}, \text{ где:}$$

$Пн_{БАЗ}$	базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;
$OC_{В}$	размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в условиях оказания скорой медицинской помощи, определенный по выше приведенной формуле, составил в расчете на год 773,90 рублей и 64,49 рублей в расчете на месяц.

В рамках территориальной программы ОМС в 2021 году в оказании скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики участвует одна медицинская организация. В связи с этим, по скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на территории Чеченской Республики, установлен индивидуальный дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи.

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 трудоспособного возраста	
Дети 0-1 года		Дети 1-4 года		Дети 5-17 лет		18-64 лет	18-64 лет	65 лет и старше	65 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,1382	0,1211	0,7868	0,6192	0,2885	0,2540	0,7917	1,6789	2,1736	3,1490

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.

3.4.6. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, 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 Чеченской Республики за пределами территории Чеченской Республики.

3.4.7. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи по следующей формуле:

$$ДП'_H = \Phi O_{CP}^{CMI} \times Пр_{CMI} \times KC'_{CMI} \times КД'_{\square},$$

где:

$ДПн^i$	дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;
$КС_{смп}^i$	коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи i -той медицинской организацией.
$КД_{\square}^i$	коэффициент дифференциации i -той медицинской организации.
$ПР_{смп}$	коэффициент приведения скорой медицинской помощи;

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на территории Чеченской Республики в 2021 году равен базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, так как на территории всего одна медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК), который принят на 2021 год в размере 1,0, так как на территории всего одна медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$ФДПн^i = ДПн^i \times ПК$, где:

$ФДПн^i$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинской организации, рублей.

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

$ФО_{смп} = ФДПн^i \times Чз^{пп} + ОС_{в}$, где:

$ФО_{смп}$ размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$Чз^{пп}$ численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

$ОС_{в}$ размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в

данном субъекте Российской Федерации лицам за вызов, рублей.

3.5. Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;

- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями;

- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторирование отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях. При этом, финансовое обеспечение в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования дистанционного наблюдения граждан трудоспособного возраста с артериальной гипертензией высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений в 2021 году не осуществляется, а осуществляется с 2022 года.

В соответствии с Территориальной Программой 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 включен в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, а также установлены отдельные тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий для медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население, для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, в том числе для референс-центров.

Оплата медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий, в том числе стационарных условиях и в условиях дневного стационара, осуществляется в соответствии с разделом VI Методических рекомендаций.

Перечень медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий представлен в приложении №33 к настоящему тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий представлены в приложении № 26 к настоящему тарифному соглашению.

3.6. 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 28 февраля 2019 года № 36) (далее - Перечень оснований):

Размер Кно	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.5; 3.10
0,4	3.2.3
0,5	1.5; 3.4; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.12
1,0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5

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 Кшт	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

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 2021 года и действует по 31 декабря 2021 года.

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.

Перечень оснований для внесения изменений в Тарифное соглашение:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 Требований, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Чеченской Республики решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.2. Установить, что в 2021 году финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляется в порядке ежемесячного авансирования оплаты медицинской помощи в размере одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике, без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи (в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 года №2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»).

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. В соответствии с Методическими рекомендациями 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.

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, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

5.4. Медицинская помощь пациентам старше 18 лет, проходящих лекарственную терапию злокачественных новообразований при оплате которых применяется коэффициент дифференциации к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа представлена приложением №32 к настоящему Тарифному соглашению.

5.5. В соответствии с подпунктом 4) пункта 4 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения осуществляет Комиссия в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения.

В соответствии с частью 6 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, пунктами 121, 122 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. №108н, оплата медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС осуществляется на основании представленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии.

В соответствии с пунктом 4 Положения о деятельности Комиссии и согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, объемы медицинской помощи, утвержденные решением Комиссии в целом на год, подлежат поквартальной разбивке, с последующей корректировкой при обоснованной необходимости. Перераспределение поквартальных объемов внутри МО и между МО (изменение поквартальной разбивки) допускается с условием отсутствия превышения годовых объемов.

Решения о корректировке объемных и стоимостных показателей при наличии объективно обусловленных причин такой корректировки, влекущие за собой изменение общей годовой суммы финансирования МО, принимаются

Комиссией. Решение Комиссии о корректировке распределенных объемов и их финансового обеспечения доводится до участников ОМС и является основанием для внесения изменений в договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

С целью определения объемов медицинской помощи, соответствующих территориальной программе ОМС, и объемов медицинской помощи, не подлежащих оплате за счет средств ОМС, в рамках установленных ФОМС процедур информационного обмена между участниками ОМС и в соответствии с требованиями закона № 326-ФЗ, от 29.11.2010 Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики осуществляется контроль фактического выполнения объемов медицинской помощи МО.

Проверку соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, осуществляет ТФОМС Чеченской Республики в ходе первичной автоматизированной обработки реестров на этапе медико-экономического контроля и определения страховой принадлежности застрахованных граждан. Проверка соответствия объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, предъявляемых МО к оплате, объемам медицинской помощи и их финансового обеспечения, утвержденным решением Комиссии, производится ежемесячно, нарастающим итогом с начала года.

5.5.1. Межучрежденческие расчеты осуществляются через страховую медицинскую организацию по тарифам для проведения межучрежденческих расчетов, установленным настоящим тарифным соглашением.

В тарифном соглашении установлены единые для всех медицинских организаций тарифы на оплату медицинской помощи при межучрежденческих расчетах в соответствии с приложением №31 к настоящему тарифному соглашению.

Медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление.

Страховая медицинская организация осуществляет оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены исследования по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

Порядок проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями представлен в приложении №31а к настоящему Тарифному соглашению.

5.6. В рамках Тарифного соглашения на 2021 год осуществляется оплата прерванных случаев медицинской помощи, оказанных в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара, в полном объеме, при длительности госпитализации 3 дня и менее по следующим КСГ:

	№ КСГ	Наименование КСГ			
		Круглосуточный стационар			
1	st02.001	Осложнения, связанные с беременностью			
2	st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом			
3	st02.003	Родоразрешение			
4	st02.004	Кесарево сечение			
5	st02.010	Операции на женских половых органах (уровень 1)			
6	st02.011	Операции на женских половых органах (уровень 2)			
7	st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок			
8	st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*			
9	st08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*			
10	st08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*			
11	st08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*			
12	st12.010	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые			
13	st12.011	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети			
14	st14.002	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)			
15	st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*			
16	st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*			
17	st16.005	Сотрясение головного мозга			
18	st19.007	Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)			
19	st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований			
20	st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*			
21	st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*			
22	st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*			
23	st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*			
24	st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*			
25	st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*			
26	st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*			
27	st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*			
28	st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*			
29	st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*			
30	st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*			
31	st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*			

32	st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
33	st19.090	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
34	st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
35	st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
36	st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4)
37	st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
38	st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
39	st20.010	Замена речевого процессора
40	st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
41	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
42	st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
43	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
44	st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
45	st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
46	st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
47	st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
48	st30.006	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)
49	st30.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)
50	st30.011	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)
51	st30.012	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)
52	st30.014	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)
53	st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
54	st32.002	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)
55	st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
56	st32.016	Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)
57	st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
58	st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
59	st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*
60	st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
61	st36.009	Реинфузия аутокрови
62	st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
63	st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Дневной стационар

1	ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
2	ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
3	ds02.007	Аборт медикаментозный
4	ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
5	ds08.001	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети*
6	ds08.002	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
7	ds08.003	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети*
8	ds15.002	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
9	ds15.003	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
10	ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований
11	ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
12	ds19.033	Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования
13	ds19.037	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
14	ds19.038	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
15	ds19.039	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
16	ds19.040	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
17	ds19.041	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
18	ds19.042	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
19	ds19.043	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
20	ds19.044	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
21	ds19.045	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
22	ds19.046	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
23	ds19.047	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)*
24	ds19.048	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)*

25	ds19.049	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)*
26	ds19.063	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения, взрослые (уровень 1)
27	ds19.067	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)
28	ds19.071	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)
29	ds19.075	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)
30	ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
31	ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
32	ds20.006	Замена речевого процессора
33	ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
34	ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
35	ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)
36	ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
37	ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
38	ds25.001	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
39	ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
40	ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
41	ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
42	ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

<*> При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

СОГЛАСОВАНО: 15 января 2021 года

Минздрав Чеченской Республики

СМО

Профсоюз

А.А. Сулейманов

А.Ш. Тапаев

С.М. Батукаев

ТФОМС Чеченской Республики

А.Р. Алханов

Медицинская палата

Р.А. Бартиев

