

УТВЕРЖДЕНО

решением Комиссии по разработке
территориальной программы ОМС
(протокол от 30.12.2013 № 14
приложение № 2)

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

В целях реализации статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 года № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, постановления Правительства Чеченской Республики от 19.12.2013 № 343 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», Министерство здравоохранения Чеченской Республики (далее - Министерство) в лице министра Ахмадова Ш. С., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее – ТФОМС Чеченской Республики) в лице директора Абдулазизова Д. Ш., филиал страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный (далее - СМО) в лице директора Тапаева А. Ш., Профессиональная медицинская ассоциация Чеченской Республики (далее - Ассоциация) в лице Магоматова С. А., Чеченская республиканская региональная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации (далее - Профсоюз) в лице председателя Батукаева М. К. именуемые в дальнейшем Сторонами заключили настоящее Тарифное соглашение об установлении способов оплаты медицинской помощи и тарифов в системе обязательного медицинского страхования (далее – Тарифное соглашение).

1. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПОНЯТИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ТФОМС Чеченской Республики – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

СМО - страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС.

МО - медицинские организации и учреждения здравоохранения, работающие в системе ОМС.

Застрахованный – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Комиссия - Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Полис ОМС – документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации

в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа ОМС – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Чеченской Республики и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на медицинскую помощь (услуги) в системе ОМС (далее - тарифы ОМС) - денежные суммы, определяющие уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций, за фактически оказанные ими и принятые к оплате СМО, объемы медицинской помощи (услуг).

Базовая ставка финансового обеспечения стационарной медицинской помощи - территориальный норматив (средний объем) финансового обеспечения стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный на основе норматива финансового обеспечения, установленного территориальной программой государственных гарантий (средняя стоимость одного случая госпитализации);

Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМО – выделяемые ТФОМС Чеченской Республики страховым медицинским организациям денежные средства на выполнение Территориальной программы ОМС в расчете на одного застрахованного по ОМС. Дифференцированный подушевой норматив финансирования СМО рассчитывается в установленном порядке в рамках Территориальной программы ОМС.

Случай госпитализации - законченный случай лечения в стационарных условиях, включающий в себя совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационаре, в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

Койко-день – единица планирования медицинской помощи в стационарных условиях, соответствующая дню, проведенному больным в больничном учреждении и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, с оформлением первичной медицинской документации в установленном порядке.

Пациенто-день – единица планирования стационарозамещающей помощи, соответствующая дню, проведенному пациентом в условиях дневных стационаров всех типов, с оформлением первичной медицинской документации в установленном порядке.

Посещение – (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках территориальной программы государственных гарантий, в том числе программы обязательного медицинского страхования. Посещение - это контакт лица, обратившегося за медицинской помощью, консультацией, получением медицинского

заклучения или по другому поводу с врачом (средним медицинским работником, осуществляющим самостоятельный прием) в амбулаторно-поликлиническом учреждении и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, а также оказание помощи на дому, с оформлением первичной медицинской документации в установленном порядке.

Обращение - законченный случай лечения в амбулаторных условиях, включающий в себя объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений. Кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2.

Медицинская услуга - единица конкретной медицинской услуги, которая может выражаться как случай, процедура, сеанс, а также как другая, конкретно выраженная единица медицинской услуги.

Вызов скорой медицинской помощи - единица учета скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи - объем финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рассчитанный на одного застрахованного по ОМС).

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

При пересчете УЕТ в посещения в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации используются переводные коэффициенты, сложившиеся в Чеченской Республике с учетом используемых ресурсов и технологий.

Клинико-профильная группа (далее - КПП) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи;

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее - КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара – коэффициент позволяющий учесть различия размеров расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

Коэффициент относительной затратноемкости по КПП (в том числе по клинико-статистическим группам заболеваний) – поправочный коэффициент, характеризующий отношения затратноемкости отдельно взятой КПП (в том числе клинико-статистической группы) к базовой ставке финансового обеспечения.

Реестр счетов – документ, включающий в себя персонифицированные сведения о пролеченном больном и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации. В реестр счетов

включены сведения в соответствии с применяемыми способами оплаты медицинской помощи.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Тарифное соглашение определяет общие принципы и способы оплаты из средств ОМС медицинской помощи, оказанной МО по видам и в объеме действующей Территориальной программы ОМС.

Настоящее Тарифное соглашение распространяется на все медицинские организации, участвующие в выполнении и реализации утвержденной Территориальной программы ОМС (в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Чеченской Республики).

2.2. Виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структура тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Чеченской Республике за счет средств ОМС, критерии доступности и качества медицинской помощи, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются в рамках территориальной программы ОМС, утвержденной в составе Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Чеченской Республики.

Оплата медицинской помощи (первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, в том числе скорой (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС (в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике) осуществляется в зависимости от размера поступивших на счета Территориального фонда ОМС финансовых средств, предназначенных на финансирование указанных выше объемов медицинской помощи (утвержденных Территориальной программой ОМС), с учетом уровня, объема и качества оказанной медицинской помощи, на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Объемы медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС на 2014 год (включая отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи, вошедшие в систему обязательного медицинского страхования с 1 января 2014 года) включают в себя объемы предоставления медицинской помощи в других субъектах жителям, застрахованным в Чеченской Республике.

Объемы медицинской помощи распределяются медицинским организациям Комиссией на год с поквартальной разбивкой с последующей корректировкой при необходимости, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, права выбора медицинской организации и врача с учетом:

- количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, и показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных Территориальной программой ОМС, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов, условий оказания медицинской помощи и врачебных специальностей;

- показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных Территориальной программой ОМС, с учетом медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара, врачебных специальностей, видов и условий оказания медицинской помощи медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц.

Медицинские организации заключают договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с учетом, распределенных Комиссией, объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной МО, осуществляется по тарифам, утвержденным в установленном порядке.

При расчете тарифов используется базовая ставка финансового обеспечения для медицинской помощи оказываемой в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах. Базовая ставка включает расходы по основной нозологической группе, в том числе на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, консультации специалистов, другие медицинские услуги параклинических подразделений.

Базовая ставка финансового обеспечения определяется исходя из следующих параметров:

- общего объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи по нормативам, установленным программой ОМС;
- суммы случаев госпитализации по объемам медицинской помощи в стационарах и дневных стационарах.

Базовая ставка на плановый период (год) подлежит корректировке в случае изменения факторов, влияющих на ее величину.

2.4. Из средств ОМС не оплачивается медицинская помощь гражданам, не подлежащим страхованию в системе ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.5. В соответствии с Правилами ОМС и приказом Федерального фонда ОМС от 16.04. 2012 № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» ТФОМС Чеченской Республики осуществляет проверки СМО и МО.

ТФОМС Чеченской Республики производит проверку двойной оплаты по пролеченным гражданам. При выявлении случаев предъявления МО счета на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному гражданину, в нескольких СМО и его оплаты, ТФОМС Чеченской Республики определяет принадлежность данного застрахованного к одной из СМО и доводит данную информацию до СМО. ТФОМС Чеченской Республики или СМО удерживают в последующем периоде необоснованно выплаченные МО финансовые средства, выявленные при проверке как двойная оплата по пролеченным гражданам.

2.6. ТФОМС Чеченской Республики осуществляет контроль за рациональным и целевым использованием средств ОМС медицинскими организациями, в том числе путем проведения ревизий и проверок:

- в МО: контроль целевого, рационального использования средств ОМС, (поступивших из ТФОМС Чеченской Республики и СМО); контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи; достоверности отчетных и

финансовых документов; соблюдения договорных отношений субъектов ОМС; выполнения условий договора, заключенного между СМО и МО;

- в СМО: контроль целевого, рационального использования средств ОМС, достоверности отчетных и финансовых документов, соблюдения договорных отношений субъектов ОМС, выполнения условий договора, заключенного между ТФОМС Чеченской Республики и СМО.

СМО проводит в МО контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи; достоверности отчетных документов; выполнения условий договора, заключенного между СМО и МО.

По результатам проверок оформляются соответствующие акты.

2.7. ТФОМС Чеченской Республики и СМО, по результатам проверок в МО, имеют право при выявлении нарушений:

- удерживать необоснованно полученные МО денежные средства;
- применять финансовые санкции в установленных размерах.

ТФОМС Чеченской Республики, по результатам проверок в МО, имеет право при выявлении нарушений предъявить к восстановлению средства, использованные нецелевым образом.

Необоснованно полученные МО средства ОМС, а также финансовые санкции по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи удерживаются ТФОМС Чеченской Республики или СМО путем уменьшения на соответствующую сумму последующего платежа МО в счет финансирования его деятельности по обязательному медицинскому страхованию или перечисляются медицинской организацией на лицевой счет ТФОМС Чеченской Республики или СМО по письменному запросу.

При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для применения финансовых санкций, применяется только одна санкция – наиболее существенная. Суммирование санкций по одному случаю медицинской помощи не производится.

2.8. СМО или ТФОМС Чеченской Республики оплачивает медицинскую помощь, оказанную МО, перечислением денежных средств на лицевой счет МО по учету средств ОМС.

2.9. МО обязаны вести отдельный от других источников финансирования, учет средств ОМС и отдельный учет фактических расходов средств ОМС по статьям расходов классификации операций сектора государственного управления с разбивкой по амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей, стационарной и скорой медицинской помощи.

3. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В системе обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики применяются следующие способы оплаты медицинской помощи.

3.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

3.1.1. Финансовое обеспечение специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, основано на объединении заболеваний в группы КПП (в т.ч. КСГ).

Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях осуществляется по стоимости случая лечения, входящего в соответствующую группу КПП (в том числе КСГ). КСГ в соответствии с приказом ФФОМС от 14.11.2013 г. № 229 подразделяются на три подгруппы: хирургические, терапевтические, комбинированные.

В случае оказания пациенту оперативного лечения по хирургической группе, по которой стоимость по затратам меньше, чем по терапевтической группе, к которой можно было отнести в соответствии с кодом по МКБ-10, оплата осуществляется с применением тарифа по терапевтической группе.

Формирование КПП осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

При формировании КПП (в том числе КСГ) учтены «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПП) за счет средств системы обязательного медицинского страхования», направленные информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.11.2013 № 66-0/10/2-8405, а также рекомендации Федерального фонда ОМС, направленные письмом от 13.12.2013 № 8404/21-4/и.

Разрешенные способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания;
- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний объединенных в КПП (в том числе в КСГ).

Оплата специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по законченному случаю лечения производится с применением утвержденных тарифов (стоимости) законченного случая лечения, в том числе, включенного в соответствующую группу заболеваний КПП (в том числе КСГ).

3.1.2. Финансирование по законченному случаю лечения осуществляется по заранее рассчитанной и утвержденной стоимости законченного случая, которая рассчитывается с применением ежегодно устанавливаемых нормативов финансовых затрат с учетом анализа фактических результатов деятельности за прошлые отчетные периоды, показателей финансового обеспечения объемов медицинской помощи.

При оплате по законченному случаю лечения оплата осуществляется по заранее определенной (утвержденной) стоимости законченного случая при нормативном сроке лечения. При несоблюдении сроков средней длительности пребывания в стационаре (менее 50% от средней длительности) оплата производится в размере 50% от тарифа по соответствующей КПП (КСГ), за исключением случаев оказания медицинской помощи, входящим в КПП «Неонатология» и по КПП «Акушерство и гинекология» по следующим клинко-статистическим группам: КСГ 1 «Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов», КСГ 2 «Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью», КСГ 3 «Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения», КСГ 4

«Родоразрешение», КСГ 5 «Кесарево сечение», КСГ 9 «Беременность, закончившаяся абортным исходом», КСГ 10 «Кровотечение в ранние сроки беременности».

3.1.3 Окончательный расчет производится СМО после подписания акта приемки-сдачи выполненных работ и определения суммы окончательного расчета с учетом авансовых платежей.

3.1.4. Оплате подлежит сеанс (случай, процедура) гемодиализа, проведенного больным с хронической или острой почечной недостаточностью.

3.1.5. Медицинская помощь (услуга), оказанная в стационарных условиях, предъявляется к оплате при выписке пациента (наступлении выздоровления, ремиссии, переводе в другую МО, летальном исходе).

3.1.6. Учет законченных случаев лечения заболевания, оказанного в стационарных условиях (в том числе прерванного случая при преждевременной выписке, переводе в другую МО, летальном исходе) осуществляется на основе учетной формы № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», по форме приложения № 5 к приказу Минздрава России от 30.12.2002 № 413 и подается к оплате СМО как законченный случай лечения.

В случае проведения медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи в условиях стационара код медицинской услуги в учетной форме № 066/у-02, а также в реестре счетов на оплату медицинской помощи застрахованным указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 27.12.2011 г. № 1664н.

3.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

3.2.1. Разрешенные способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), для использования при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Чеченской Республики, а также для оплаты объемов медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

3.2.2. Объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включает в себя:

а) посещение:

- с профилактической целью, из них:

медицинский осмотр (в том числе патронаж),

диспансеризация определенных групп населения,

комплексный медицинский осмотр (в том числе центров здоровья),

- с иными целями, в том числе в связи с заболеваниями, из них:
оказание медицинской помощи в неотложной форме,
активное посещение, включая консультации врачей - специалистов,
диспансерное наблюдение,

б) обращение по поводу заболевания, являющееся законченным случаем лечения у лечащего врача.

3.2.3. Медицинские организации ведут отдельный учет посещений по объемам медицинской помощи, оказываемым с профилактической целью и обращений по поводу заболеваний.

3.2.4. Диспансеризация и профилактические осмотры определенных категорий граждан в рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются, в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата диспансеризации определенных групп населения осуществляется по законченному случаю с учетом этапов ее проведения.

При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования оплата диспансеризации выделяется из подушевого норматива.

3.2.5. Как медицинская услуга производится оплата за сеанс (случай, процедуру) гемодиализа, проведенного больным с хронической или острой почечной недостаточностью, включая расходы на лечебное питание с оформлением учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» по форме, согласно приложению № 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 № 255.

3.2.6. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (с кодировкой по пункту 16: цель посещения – 1 – заболевание).

3.2.7. Для центров здоровья, входящих в состав медицинских организаций, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

а) впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

б) обратившихся граждан для динамического наблюдения и направленными в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья:

- медицинской организацией по месту прикрепления;

- медицинскими работниками образовательных учреждений;

- врачом, ответственным за проведение диспансеризации определенных групп населения из I (практически здоров) и II (риск развития заболеваний).

Медицинские организации, в которых созданы центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы ОМС в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования на основе

реестров счетов, заполненных в соответствии с МКБ-10 по классу Z00-Z99 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения». При этом объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках тарифного соглашения, действующего на территории Чеченской Республики.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья гражданам, не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

3.2.8. Учету и оплате при оказании амбулаторной медицинской помощи подлежат следующие посещения:

- врачей любых специальностей, ведущих амбулаторный, в том числе консультативный прием, включая заведующих отделениями;
- к среднему медицинскому персоналу, осуществляющему самостоятельный прием;
- врачей здравпунктов, цеховых терапевтов, акушеров-гинекологов и других, ведущих прием в здравпунктах в часы, специально выделенные для амбулаторного приема;
- врачей, оказывающих медицинскую помощь в специально выделенные для амбулаторного приема дни, при выездах в другие медицинские учреждения;
- больного или родственника больного для повторной выписки рецепта (онкопатология, сахарный диабет и др.);
- с целью консультации амбулаторных больных врачами стационара;
- в случаях оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным, не подлежащим госпитализации;
- с целью консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационаре (по направлению лечащего врача стационара);
- больного с целью проведения диагностического исследования в межмуниципальном лечебно-диагностическом центре;
- при оказании первичной медико-санитарной медицинской помощи (в том числе в неотложной форме);
- в связи с получением медицинских документов.

3.2.9. Посещения, сделанные в течение дня больным к одному и тому же врачу, учитываются как одно посещение. Исключение составляют посещения врачей разных специальностей в консультативных центрах в течение дня после проведения в этот день всего необходимого объема исследований или консультаций при необходимости подготовки врачебного заключения, а также посещения к одному и тому же врачу в межмуниципальном лечебно-диагностическом центре в случае необходимости проведения более одного диагностического исследования в один день, при этом в дневниковой записи (записях) в день приема в амбулаторной карте пациента отражаются все виды патологии, повлекшие назначение исследований.

3.2.10. Не подлежат учету при оплате как посещения врачей:

- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями и военно-призывными комиссиями и т.п.

- медицинская помощь (услуга), оказанная врачами рентгенологами (в т.ч. кабинетов флюорографии), эндоскопистами, физиотерапевтами, кабинета ЛФК, функциональной и лабораторной диагностики.

3.2.11. Медицинским организациям, оказывающим только диагностические и (или) консультативные услуги, а также медицинским организациям, оказывающим в рамках основной деятельности дополнительно отдельные диагностические услуги могут устанавливаться тарифы за услугу и (или) консультацию.

3.3. Способы оплаты стационарозамещающей помощи

3.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний КПП (в том числе клинико-статистические группы заболеваний (КСГ)).

3.3.2. Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам под наблюдением медицинского персонала в дневных стационарах, осуществляется по окончании случая лечения по установленным тарифам за законченный случай. При несоблюдении нормативных сроков средней длительности пребывания (менее 50% от средней длительности) оплата производится в размере 50% от тарифа по соответствующей КПП, КСГ.

Окончательный расчет производится СМО после подписания акта приемки-сдачи выполненных работ и определения суммы окончательного расчета с учетом авансовых платежей.

3.3.3. Медицинская помощь (услуга), оказанная в условиях дневных стационаров, предъявляется к оплате при выписке пациента (наступлении выздоровления, ремиссии, переводе в другую МО, летальном исходе).

Учет законченных случаев лечения заболевания в условиях дневных стационаров осуществляется на основе учетной формы № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», по форме приложения № 5 к приказу Минздрава России от 30.12.2002 № 413 и подается к оплате в СМО как законченный случай лечения.

В случае проведения медицинского вмешательства при оказании медицинской помощи в условиях стационара код медицинской услуги в учетной форме № 066/у-02, а также в реестре счетов на оплату медицинской помощи застрахованным указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 27.12.2011 г. № 1664н.

3.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи

3.4.1. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.4.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

3.4.3. СМО финансирует расходы медицинских организаций по скорой медицинской помощи осуществляет по подушевому нормативу на одно застрахованное лицо для всех медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, застрахованному населению Чеченской Республики.

Основанием для направления средств в МО по подушевому способу оплаты скорой медицинской помощи для СМО является счет, представленный МО в СМО (форма счета прилагается). Сумма счета МО формируется произведением размера подушевого норматива на прикрепленное застрахованное население.

СМО осуществляет авансирование медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, в соответствии с договорами, заключенными между СМО и МО.

Реестры и счета на оказание скорой медицинской помощи по вызовам (при оказании скорой медицинской помощи населению, застрахованному в других субъектах Российской Федерации) формируются медицинскими организациями в порядке, установленном для формирования реестров с применением утвержденного тарифа вызова скорой медицинской помощи.

3.4.4. При оплате за вызов скорой медицинской помощи оплачивается вызов бригады скорой медицинской помощи по утвержденным тарифам ОМС.

Реестр счетов и счета на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи заполняются на основании «Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи» (форма № 109/у), «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у), «Сопроводительного листа станции (отделения) скорой медицинской помощи и талона к нему» (форма № 114/у), утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942.

Заполненный реестр счетов и счет заверяются подписями главного врача и главного бухгалтера медицинской организации, печатью медицинской организации.

Для проверки достоверности представляемых реестров в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение «Журнала записи вызовов скорой медицинской помощи» (форма № 109/у), «Карты вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у), талона к сопроводительному листу станции (отделения) скорой медицинской помощи (форма № 114/у).

Для целей персонифицированного учета медицинской помощи представляются также реестры на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи в электронном виде.

3.4.5. ТФОМС Чеченской Республики ежемесячно утверждает подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи отдельно по г. Грозный и районам Чеченской Республики и доводит его до страховой медицинской организации, ГБУ «Станция скорой медицинской помощи г. Грозный» и медицинских организаций в районах Чеченской Республики.

3.5. Способы оплаты стоматологической помощи

3.5.1. При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях применяется способ оплаты за УЕТ.

3.5.2. Оплата стоматологической помощи производится по сумме медицинских услуг в УЕТах всех законченных случаев, включенных в статистический талон. Объем финансирования определяется произведением стоимости одной УЕТ на количество выполненных в отчетном месяце медицинских услуг, выраженных в УЕТ. Для учета и планирования стоматологической помощи УЕТы могут переводиться в посещения с применением среднего сложившегося коэффициента перевода УЕТ в посещения в размере 0,56.

3.5.3. Под законченным случаем в стоматологии понимается совокупность услуг, оказанных пациенту при обращении за стоматологической медицинской помощью по поводу одного заболевания (кратность посещений в стоматологии по поводу одного заболевания может быть менее 2, если цель обращения достигнута).

3.6. Способы оплаты отдельных видов медицинских услуг

3.6.1. В рамках программы обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики может производиться оплата отдельных видов медицинских услуг стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

3.6.2. Для отдельных видов медицинских услуг утверждаются тарифы на единицу конкретной медицинской услуги, которая может выражаться как случай, процедура, сеанс, а также как другая конкретная единица медицинской услуги.

3.6.3. Объем финансирования отдельных видов медицинских услуг определяется произведением стоимости единицы, оказанной медицинской услуги (тарифа), на количество выполненных в отчетном месяце медицинских услуг.

4. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОМС

4.1. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и, исходя из установленных программой ОМС средних нормативов. Решением Комиссии является заключенное тарифное соглашение.

При установлении тарифов используются методы определения затрат в соответствии с изменениями Правил ОМС, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2013 г. № 859 ан.

4.2. Медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы ОМС в Чеченской Республике, финансируются по видам и объемам медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой ОМС, утвержденной постановлением Правительства Чеченской Республики в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике.

Оплата медицинской помощи (услуги) производится по установленным в системе ОМС тарифам, включающим статьи и подстатьи расходов классификации сектора государственного управления, компенсируемые из средств ОМС.

4.3. Тарифы на медицинскую помощь в системе ОМС возмещают затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по Территориальной программе ОМС и не включают в себя затраты, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не подлежит оплате за счет средств ОМС.

Финансовое обеспечение при расчете тарифов определяется исходя из следующих параметров:

- общего объема финансового обеспечения медицинской помощи по нормативам, установленным программой ОМС;
- количества случаев госпитализации по медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров;
- общего количества посещений и обращений в амбулаторно-поликлинической помощи;
- структуры коечной сети, штатной численности медицинской организации.

4.4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), 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.

Расходы на заработную плату формируются в соответствии с нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации и Правительства Чеченской Республики, регулирующими вопросы оплаты труда работников здравоохранения.

В тарифы на оплату медицинской помощи, в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера (в том числе врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях), предусматривающих рост заработной платы в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р «Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», постановлением Правительства Чеченской Республики от 30.04.2013 № 86 «Об утверждении республиканской целевой программы «Развитие здравоохранения Чеченской Республики на 2013-2020 годы»;

В составе финансового обеспечения денежных выплат стимулирующего характера предусматриваются расходы:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов

участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

Денежные выплаты указанным медицинским работникам производятся с учетом показателей и критериев эффективности деятельности учреждений здравоохранения Чеченской Республики согласно Методическим рекомендациям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 19.09.2013 № 220 в порядке, предусмотренном Положением об отраслевой системе оплаты труда работников государственных бюджетных, автономных и казенных учреждений здравоохранения Чеченской Республики, утвержденным постановлением Правительства Чеченской Республики от 03.09.2013 № 222.

4.5. Приобретение медицинской мебели осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не включается в структуру тарифа по ОМС.

4.6. Тарифы по мере необходимости с учетом реальных условий, складывающихся в деятельности медицинских организаций и с учетом финансовых средств, поступающих в бюджет ТФОМС Чеченской Республики на финансирование мероприятий в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС, могут корректироваться как в сторону повышения, так и в сторону понижения. К тарифам, утвержденным в установленном порядке, при необходимости применяются повышающие или понижающие коэффициенты индексации (в том числе коэффициенты уровня оказания медицинской помощи). Корректировки тарифов, в том числе применение коэффициентов индексации тарифов осуществляются на основании решения Комиссии.

Финансовое обеспечение тарифов устанавливается единым для всех организаций, оказывающих медицинскую помощь в круглосуточном стационаре и в дневных стационарах при конкретном заболевании или состоянии, включает расходы по основной нозологической группе, в том числе на реанимационные услуги, анестезиологические пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, другие медицинские услуги параклинических подразделений.

5. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ СРЕДСТВ В СМО И РАСЧЕТОВ С МО ЗА ОКАЗАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

5.1. Из средств ОМС оплачиваются объемы медицинской помощи, утвержденные в Территориальной программе ОМС, являющейся составной частью Территориальной программы государственных гарантий. Финансирование расходов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь (услуги) застрахованному населению в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС осуществляется из средств, утвержденных в бюджете ТФОМС Чеченской Республики на финансирование расходов в рамках Территориальной программы ОМС по видам

расходов, указанных в разделе 4 настоящего Тарифного соглашения в пределах, распределенных Комиссией, объемов предоставления медицинской помощи и средств их финансового обеспечения.

Объемы медицинской помощи и их финансовое обеспечение страховым медицинским организациям и медицинским организациям устанавливаются решением Комиссии с поквартальной разбивкой, с последующей корректировкой при необходимости и обоснованности.

5.2. Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии со способами оплаты, установленными разделом 3 настоящего Тарифного соглашения, на основании отчетных и финансовых документов, ежемесячно предъявляемых МО в СМО - за медицинскую помощь, оказанную застрахованным данной СМО гражданам в соответствии с заключенными между СМО и МО договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5.3. Оплата объемов медицинской помощи (услуг), оказанных медицинскими организациями производится за фактически выполненные и принятые к оплате СМО объемы медицинской помощи в пределах, распределенных Комиссией объемов предоставления медицинской помощи и средств их финансового обеспечения.

5.4. Страховая медицинская организация направляет средства на оплату медицинской помощи в медицинские организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемым с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации Территориальной программы ОМС и которым решением Комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

5.5. Оплата счетов медицинских организаций за медицинскую помощь (услуги), оказанную гражданам, и признанных достоверными для оплаты медицинской помощи (услуг), производится страховой медицинской организацией ежемесячно за счет средств обязательного медицинского страхования, предназначенных на финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

При формировании МО реестра счетов оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на момент окончания лечения.

Реестры счетов за медицинскую помощь при проведении диспансеризации, оказании высокотехнологичной медицинской помощи и за остальную медицинскую помощь представляются МО в СМО отдельно и формируются в порядке, установленном Федеральным фондом ОМС.

5.6. Расчеты между участниками обязательного медицинского страхования за оказанную медицинскую помощь, осуществляются в соответствии с требованиями Правил обязательного медицинского страхования и условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемого между ТФОМС Чеченской Республики и СМО, и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемого между СМО и МО.

5.7. ТФОМС Чеченской Республики в порядке, установленном Федеральным фондом ОМС, производит оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Чеченской Республики лицам, застрахованным за пределами территории Чеченской Республики, а также оплату медицинской помощи, оказанной в

медицинских организациях за пределами Чеченской Республики лицам, застрахованным на территории Чеченской Республики.

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Чеченской Республики, медицинскими организациями, находящимися в других субъектах Российской Федерации и не включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, осуществляется по видам, включенным в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам, действующим на территории оказания медицинской помощи в порядке, установленном для организации межтерриториальных взаиморасчетов.

5.8. Средства на заработную плату расходуются медицинскими организациями на основании нормативных правовых актов по оплате труда, разработанных в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации и правовыми актами об оплате труда работников здравоохранения.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Контроль за ходом выполнения утвержденных объемов медицинской помощи, оказанных медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС с учетом их финансового обеспечения осуществляется ТФОМС Чеченской Республики и страховой медицинской организацией.

6.2. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинскими организациями медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводимых ТФОМС Чеченской Республики и страховой медицинской организацией, определен перечень оснований (санкций) для неоплаты (отказа) или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, который прилагается к Тарифному соглашению.

6.3. Установить следующие объемы проверок скорой медицинской помощи, вне медицинской организации:

- для ежемесячных медико-экономических экспертиз – 3 % от числа поданных на оплату случаев;
- для ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи – 1,5 % от числа поданных на оплату случаев.

6.4. Финансовые средства ОМС подлежат рациональному и целевому использованию.

Рациональным использованием финансовых средств ОМС является использование средств ОМС:

- для достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучших результатов с использованием указанных средств;
- на приобретение медикаментов, расходных материалов и других изделий медицинского назначения, продуктов питания, мягкого инвентаря и обмундирования по ценам, не превышающим среднерыночных по Чеченской Республике, которые будут использованы в течение их срока годности, при условии хранения в соответствии с действующими нормативными документами;

- на основании нормативных документов Российской Федерации и Чеченской Республики на поставку товаров, выполнения работ и оказания услуг для государственных нужд;

- с проведением предварительного объективного анализа эффективности расходов.

Целевое использование финансовых средств ОМС:

- направление средств обязательного медицинского страхования на финансирование видов медицинской помощи, включенных в Территориальную программу ОМС, на оплату видов расходов, включенных в тарифы на медицинские услуги в системе ОМС, утвержденные Тарифным соглашением на оплату медицинских услуг в системе ОМС;

- использование средств по назначению, содержащемуся в платежном поручении о направлении средств в СМО (МО).

Контроль за рациональным и целевым использованием средств ОМС медицинскими организациями осуществляется ТФОМС Чеченской Республики, в том числе путем проведения ревизий и проверок.

6.5. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются:

- реестры счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, приложение № 1;

- классификатор клинико-профильных групп, клинико-статистических групп для применения в учете медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики, приложение № 2;

- тарифы на стационарную помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС, приложение № 3;

- тарифы на амбулаторно-поликлиническую помощь для медицинских организаций всех уровней в рамках программы ОМС, приложение № 4;

- тарифы на амбулаторно-поликлиническую помощь (посещения по отдельным видам медицинской помощи), приложение № 5;

- тарифы на медицинскую помощь, оказанную в рамках программы ОМС в Центрах здоровья, приложение № 6;

- тарифы на медицинскую помощь, оказанную специализированными стоматологическими учреждениями в рамках программы ОМС, приложение № 7;

- тарифы на гемодиализ в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях, приложение № 8;

- тарифы на медицинскую помощь, оказанную в дневных стационарах стационарного типа в рамках программы ОМС, приложение № 9;

- тарифы на медицинскую помощь, оказанную в дневных стационарах амбулаторного типа в рамках программы ОМС, приложение № 10;

- тарифы на законченные случаи диспансеризации населения в рамках программы ОМС, приложение № 11;

- тариф на 1 вызов бригады скорой медицинской помощи в рамках программы ОМС, приложение № 12;

- тарифы на профилактические медицинские осмотры, приложение № 13;

- нормативы финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Чеченской Республики, приложение № 14;

- перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, приложение № 15;

- перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для скорой помощи), приложение № 16;

- форма счета медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, приложение № 17.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ

7.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2014 года, и действует до принятия нового.

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

Министерство

Ш.С. Ахмадов

ТФОМС Чеченской Республики

Д.Ш. Абдулазизов

СМО

А.Ш. Тапаев

Ассоциация

С.А. Магоматов

Профсоюз

М.К. Батукаев