

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

## **в системе обязательного медицинского страхования**

### **Чеченской Республики на 2026 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 21.08.2025 №496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС) и приказом от 10 февраля 2023 года №44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» с учетом внесенных в него в дальнейшем изменений (далее – Требования) и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими вопросы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 №2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Программа) и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее - Территориальная программа), включающая в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС).

Разработка и формирование Тарифного соглашения выполнено в рамках Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (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 страховых медицинских организаций, находящихся на территории Чеченской Республики и оплачивающих медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Чеченской Республики, в рамках, утвержденной в установленном порядке, территориальной программы ОМС.

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 (далее – Комиссия) 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 Территориальной программой на 2026 год в рамках территориальной программы ОМС.

Настоящее Тарифное соглашение заключено соглашением между Министерством здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Алханова А.Р. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице первого заместителя директора Садулаева Л-А.Ш. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховой медицинской организацией АО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице директора Даудова Х.М. (далее - СМО), Чеченской республиканской региональной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Ибаковой А.Х. (далее - Профсоюз), Чеченской региональной общественной организацией «Медицинская палата Чеченской Республики» в лице члена Правления Умаровой Д.А. (далее - Медицинская палата).

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, медицинскими организациями (далее – МО), осуществляющими деятельность в сфере ОМС Чеченской Республики, производится по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения, установленных решением Комиссии, и в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, с учетом требований Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, в соответствии с лицензией медицинской организации на осуществление медицинской деятельности и договором на оказание и оплату медицинской помощи в системе ОМС, в рамках установленных способов оплаты медицинской помощи, производится СМО. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на

основании ежемесячно представляемых медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Чеченской Республики лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики в соответствии с Тарифным соглашением с дальнейшим возмещением средств территориальными фондами обязательного медицинского страхования других субъектов РФ в соответствии с Правилами ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинскими организациями других субъектов Российской Федерации, лицам, застрахованным в Чеченской Республике, оплачивается Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики в рамках межтерриториальных расчетов.

За счет средств ОМС оплачиваются расходы по проведению патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

Коэффициент дифференциации на территории Чеченской Республики в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи**

Способы оплаты медицинской помощи на 2026 год, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС, установлены в рамках территориальной программы ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы, в соответствии с Программой.

### **2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, установленные Территориальной программой, разработанной в соответствии с Программой:

- a) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за

исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предприсками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

перечень расходов на медицинскую помощь, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому

нормативу финансирования на прикрепившихся лиц представлен в приложении №15 настоящего Тарифного соглашения;

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

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

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

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

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и оплачивается по тарифу за единицу объема, представлен в приложении №13 настоящего Тарифного соглашения.

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. В соответствии с Методическими рекомендациями для планирования и 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, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предприсками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, представлен в приложении №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), представлен в приложении №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, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), представлен в приложении № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.7. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, включая углубленную и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья осуществляется в соответствии с условиями, установленными в рамках территориальной программы ОМС, вне подушевого норматива финансирования, за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 14 апреля 2025 г. №211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы №030-ПО/У «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения №030-ПО/О «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения», от 14 апреля 2025 г. № 212н «Об утверждении порядка

проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы №030/У-Д/С, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения №030/О-Д/С, порядка ее заполнения», от 21 апреля 2022 г. № 275н «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», от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Тарифы, применяемые на профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних приведены в приложении № 8 настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы, применяемые на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения (включая углубленную) приведены в приложении № 9 настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья приведены в приложении № 9а настоящего Тарифного соглашения.

При этом расчет тарифов на единицу объема медицинской помощи при оплате профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (приложения №8, №9, №9а) выполнен в соответствии с Методикой расчета тарифов с учетом нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС Чеченской Республики на 2026 год (применяются в том числе при межтерриториальных и межурожденческих расчетах).

При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, а также в выходные дни и вечернее время к тарифам по профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации, включая углубленную, по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья применяется повышающий коэффициент 1,05.

2.1.8. Перечень единиц объема медицинской помощи, оплачиваемых по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу, приведен в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.9. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи на проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из

числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В рамках настоящего Тарифного соглашения приложением №26 установлены отдельные тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

Оплату за проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах осуществляет медицинская организация, запросившая консультацию с применением телемедицинских технологий.

2.1.10. Территориальной программой, в рамках территориальной программы ОМС, установлены нормативы объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров на 2026 год - 0,4104618 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований - 0,30822258 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, включая углубленную диспансеризацию, для проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья - 0,145709 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, и нормативы финансовых затрат на 2026 год на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 2 611,10 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 3 123,00 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья – 1 934,50 рубля. Указанные нормативы финансовых затрат включают расходы на проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и для проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни и вечернее время.

2.1.11. Финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) на 2026 год в рамках настоящего Тарифного соглашения установлено в соответствии с Территориальной программой и Программой с отражением в приложении №28 к настоящему Тарифному соглашению.

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

2.2.1. Способы оплаты, применяемые при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 8 к Территориальной программе (в соответствии с приложением № 8 Программы), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев госпитализации для оплаты которых в соответствии с Территориальной программой не применяются клинико-статистические группы заболеваний;

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением №8 к Территориальной программе (в соответствии с приложением №8 Программы), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.2.4. 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 клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ) во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, при лечении которых Территориальной программой в рамках территориальной программы ОМС, применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной

медицинской помощи, установленных в разделе I. приложения №1 Программы, на которые 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 в соответствии с Перечнем, приведенным в разделе II. Приложения №1 Программы, на которые Программой установлен средний норматив финансовых затрат на единицу объема, в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС;

– 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 ОМС;

– 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 ОМС), исключаются средства:

- предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
- предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ (в случаях, являющихся исключениями);

- направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения среднего поправочного коэффициента (СПК) по сравнению с запланированным.

2.2.7. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основано на объединении заболеваний в клинико-статистические группы (КСГ) и построена на единых принципах независимо от условий оказания медицинской помощи. КСГ распределены по профилям медицинской помощи.

При оплате медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по КСГ в 2026 году применяется Перечень, утвержденный приложением № 4 к Программе «Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением

высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях).

Коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые при расчетах по КСГ в условиях стационара и дневного стационара, установлены на федеральном уровне и не могут быть изменены в рамках настоящего Тарифного соглашения.

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 (особенности отнесения указанных случаев лечения к КСГ представлены в Методических рекомендациях). При этом обеспечивается учет всех медицинских услуг и классификационных критериев, 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.

Тарифным соглашением при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (в соответствии с Методическими рекомендациями), в составе КСГ при необходимости могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом иных классификационных критериев. При этом данный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В качестве дополнительно установленных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание на профильной койке (реанимационные, реанимационные для новорожденных, интенсивной терапии, интенсивной терапии для новорожденных) или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ.

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 также 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 ОМС (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным приложением №20 настоящего Тарифного соглашения, в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, приведенного в приложении №1 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188.

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.

2.2.12. В рамках Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2026 год осуществляется оплата прерванных случаев медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в условиях дневного стационара в полном объеме в соответствии с перечнем КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенным в приложении № 34 настоящего Тарифного соглашения.

## **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) применяются способы оплаты:

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

2.3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, и дифференцированный подушевой норматив по скорой медицинской помощи представлены в приложениях к настоящему Тарифному соглашению № 4 и №19 соответственно.

2.3.3. Государственное бюджетное учреждение «Республиканская детская клиническая больница имени Е.П. Глинки», не имеющее прикрепившихся лиц, оказывает скорую медицинскую помощь дежурной выездной бригадой дистанционного реанимационно-консультативного центра (отражено в приложении №1 к настоящему Тарифному соглашению), с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

## **3. Размер и структура тарифов 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 21.08.2025 №496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Тарифы формируются на основе 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,

предусмотренных в бюджете ТФОМС Чеченской Республики на 2026 год на выполнение территориальной программы ОМС.

При формировании тарифов учитываются стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи, тарифы являются едиными для всех страховых медицинских организаций и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, являющейся составной частью Территориальной программы.

В рамках настоящего Тарифного соглашения установлены базовые нормативы финансовых затрат на оплату единицы объема медицинской помощи, а также размеры коэффициентов, применяемых для определения стоимости каждой единицы объема медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, которые отражены в соответствующих приложениях по тарифам.

### **3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

3.1.1 На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС на 2026 год, рассчитан общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики (ОСАМБ), который составил 12 631 493 291,33 рублей (без учета средств, направляемых в рамках межтерриториальных расчетов на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в других субъектах Российской Федерации, лицам застрахованным в Чеченской Республике в рамках базовой программы ОМС). Расчет выполнен по следующей формуле:

$$\text{ОСАМБ} = (\text{НОpmo} \times \text{НФЗpmo} + \text{НОдисп} \times \text{НФЗдисп} + \text{НОрепр} \times \text{НФЗрепр} + \text{НОиц} \times \text{НФзиц} + \text{НОоз} \times \text{НФзоз} + \text{НОнеотл} \times \text{НФзнеотл} + \text{НОмр} \times \text{НФзмр} + \text{НОдн} \times \text{НФздн} + \text{НОд(л)и} \times \text{НФзд(л)и} + \text{НОшкол} \times \text{НФзшкол} + \text{НОцз} \times \text{НФзцз} + \text{НОдистнабл} \times \text{НФздистнабл}) \times \text{Ч3} - \text{ОСмтр}, \quad \text{где:}$$

**НО<sub>pmo</sub>** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

**НО<sub>дисп</sub>** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

**НО<sub>репр</sub>**

	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
НОиц	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
НО <sub>03</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
НО <sub>неотл</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
НО <sub>МР</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
НО <sub>дн</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
НО <sub>д(л)и</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
НО <sub>школ</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
НО <sub>цз</sub>	средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в

НОдистнабл	амбулаторных условиях, для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
НФЗ <sub>ПМО</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ <sub>Дисп</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ <sub>ИЦ</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ <sub>ОЗ</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ <sub>Неотл</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ <sub>МР</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ <sub>ДН</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗ <sub>РЕПР</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

НФЗ(л)и	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗшкол	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
НФЗцз	средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей»;
НФЗдистнабл	средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей».
ОС <sub>МТР</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

3.1.2 На основе расчетов, выполненных в соответствии с пунктом 3.1.1 установлен средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях ( $\Phi_0^{\text{АМБ}}$ ), предусмотренный Требованиями, путем деления  $\text{ОС}_{\text{АМБ}}$  на численность застрахованного населения Чеченской Республики  $\Phi_0^{\text{АМБ}} = \text{ОСАМБ}/\text{Чз}$ , который составил в размере 8548,20 рубля в расчете на 1 застрахованное лицо в год, в том числе средства на диспансерное наблюдение 857,80 рубля, средства при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» 91,59 рубля.

3.1.3 В рамках настоящего Тарифного соглашения в соответствии с Требованиями установлены:

- базовый подушевой норматив финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива

финансирования.

Значение базового среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определено, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left( \frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{рд}}{\chi_3 \times СКДот \times СКДпв \times КД} \right),$$
 который составил – 1 585,75 рубля в год  
или 132,1458 рубля в месяц, где:

ПН<sub>БАЗ</sub> базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

ОС<sub>ПНФ</sub> объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

ОС<sub>рд</sub> объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

СКДот значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

СКДпв значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0.

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы медицинских организаций за счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), которые не финансируются в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется в том

числе за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в целях более эффективного использования указанных средств, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется вне подушевого норматива финансирования – за соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение). Тарифы на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях представлены в приложении №2 настоящего Тарифного соглашения.

Оплата случаев диспансерного наблюдения взрослых, диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, осуществляется вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных в рамках проведения диспансерного наблюдения. Тарифы на оплату диспансерного наблюдения приведены в приложении №7 настоящего Тарифного соглашения.

Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных расчетах, которые осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Требованиями.

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

Объем средств по медицинской помощи, оплата которой в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (ОСпНФ), рассчитан без учета средств на финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, оплачиваемых за единицу объема, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), по следующей формуле:

ОСпНФ = ОСамб - ОСФАП - ОСд(л)и - ОСшкол - ОСнеотл - ОСео - ОСпмо -  
- ОСдисп - ОСРЕПР - ОСдн - ОСцз - ОС<sub>2</sub>эт - ОСдистнабл, где:

ОСФАП      объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов,

	фельдшерских здравпунктов) в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), рублей;
ОС <sub>д(ли)</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>неотл</sub>	объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ео</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи лицам, застрахованным в Чеченской Республике (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» и посещений с профилактическими целями центров здоровья), рублей;
ОС <sub>пмо</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>дисп</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе углубленной диспансеризации), рублей;
ОС <sub>дн</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>школ</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>репр</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>цз</sub>	объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с

нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

ОС<sub>2эт</sub> объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей»;

ОСдистнабл объем средств, направляемых на оплату проведения дистанционного наблюдения за здоровьем пациентов в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей.

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи.

### 3.1.4 Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в амбулаторных условиях:

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской организации применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, учитывающие половозрастной состав прикрепленного населения.

Половозрастные коэффициенты дифференциации, установленные в настоящем Тарифном соглашении, рассчитаны в соответствии с Методическими рекомендациями на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и численности застрахованных лиц за данный период.

3.1.5. Расчет коэффициентов, учитывающих половозрастной состав прикрепленного населения, выполнен в соответствии с Методическими рекомендациями и Требованиями:

Дети 0-1 года		Дети 1-4 года		Дети 5-17 лет		18-64 лет		65 лет и старше	
жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.
3,4643	3,6334	0,9697	0,9885	0,7544	0,7474	1,5325	0,6085	1,6000	1,6000

Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой застрахованным лицам в возрасте 65 лет и старше, применен коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц в размере 1,6. Указанный

коэффициент установлен в соответствии с Методическими рекомендациями.

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.

В связи с тем, что структура прикрепленного населения медицинских организаций отличается от структуры населения в целом по Чеченской Республике значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций на 2026 год рассчитаны по следующей формуле:

$$КД_{ПВ}^i = \sum_j (КД_{ПВ}^j \times \chi_3^j) / \chi_3^i,$$

где:

$КД_{ПВ}^i$	половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;
$КД_{ПВ}^j$	половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);
$\chi_3^j$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;
$\chi_3^i$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

Коэффициенты дифференциации, учитывающие половозрастной состав прикрепленного населения медицинских организаций оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведены в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.6. При расчете стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их подразделениях, расположенных в сельской местности, удаленных 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).

В медицинских организациях, соответствующих условиям применения коэффициента дифференциации КДот, к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц установлены коэффициенты дифференциации (КДот): 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 №11 к тарифному соглашению).

При этом, в медицинских организациях, в которых отдельные подразделения, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КДот, объем направляемых финансовых средств рассчитан исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

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

$КД_{\text{от}}^i$  коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных 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, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

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

Перечень медицинских организаций и диапазон численности обслуживаемых застрахованных лиц, для применения коэффициента дифференциации (КДот) на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, представлен в приложении №35 к настоящему Тарифному соглашению.

### 3.1.7. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для

каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов, предусмотренных Требованиями:

- коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала ( $KД_{от}$ ), которые рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями;

- коэффициентов половозрастного состава ( $KД_{пв}$ ), которые рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями;

- коэффициентов уровня расходов медицинских организаций ( $KД_{ур}$ ) – рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями при необходимости (учитывает особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации). Настоящим Тарифным соглашением  $KД_{ур}$  для всех медицинских организаций, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, принимается равным 1;

- коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения ( $KД_{зп}$ ) - рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями при необходимости;

- коэффициентов дифференциации ( $KД$ ) (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым на всей территории его значение устанавливается для каждой медицинской организации. В рамках настоящего Тарифного соглашения его значение принимается за 1,0.

3.1.8. На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, рассчитаны дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, по следующей формуле:

$$ДП^i_H = ПН_{БАЗ} \times KД_{пв}^i \times KД_{ур}^i \times KД_{зп}^i \times KД_{от}^i \times KД^i,$$

где

$ДП^i_H$  дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той медицинской организации, рублей;

$KД_{пв}^i$  коэффициент половозрастного состава, для  $i$ -той медицинской организации;

$KД_{ур}^i$  коэффициент уровня расходов медицинских организаций,

	для i-той медицинской организации (при необходимости);
КД <sup>i</sup> <sub>зп</sub>	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренный «дорожными картами» развития здравоохранения в Чеченской Республике, для i-той медицинской организации (при необходимости);
КД <sup>i</sup> <sub>от</sub>	коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации;
КД <sup>i</sup>	коэффициент дифференциации для i-той медицинской организации (настоящим Тарифным соглашением принимается в значении 1,0).

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и дифференцированные подушевые нормативы представлены в приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.9. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в соответствии с Требованиями и Методическими рекомендациями определяется доля средств, направляемых на выплаты в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки, которая является единой для всех медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Доля средств, предназначенных для направления на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки составляет в рамках настоящего Тарифного соглашения в размере 0,005 (0,5%)

от подушевого норматива финансирования.

3.1.10. Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования определяется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией один раз в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

Целевые показатели результативности деятельности медицинских организаций и Порядок осуществления выплат с применением показателей результативности деятельности медицинских организаций отражены в приложениях №37 и №38 настоящего Тарифного соглашения.

3.1.11. Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), 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 2026 год:

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 800 жителей, - 1533,700 тыс. рублей;  
для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 801 до 1500 жителей - 3067,500 тыс. рублей;  
для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей - 3067,500 тыс. рублей.

В соответствии с территориальной программой ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов и в соответствии с Методическими рекомендациями, при расчете размера финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих менее 100 человек, а также иных типов не соответствующих требованиям, установленным Приказом №543н, принимается понижающий коэффициент в размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих от 101 до 800 человек.

В рамках настоящего Тарифного соглашения для фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих более 2000 человек применен повышающий коэффициент в размере 1,4 к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

Таким образом для фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающего менее 100 жителей установлено финансовое обеспечение в размере 766,85 тыс. рублей, а обслуживающего более 2000 жителей финансовое обеспечение установлено в размере 4 294,50 тыс. рублей в год при условии соответствия Приказу № 543н.

Установленные, в рамках настоящего Тарифного соглашения, размеры финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) обеспечивают сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», и уровнем средней заработной платы наемных работников в Чеченской Республике.

Приложением №28 к настоящему Тарифному соглашению на 2026 год установлены базовые нормативы финансовых затрат (в расчете на год) на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) соответствующих требованиям Приказа №543н и обслуживающих:

- менее 100 жителей в размере 766 850 рублей;
- от 101 до 800 жителей в размере 1 533 700 рублей;
- от 801 до 1500 жителей в размере 3 067 500 рублей;
- от 1501 до 2000 жителей в размере 3 067 500 рублей;
- более 2000 жителей в размере 4 294 500 рублей.

В этом же приложении №28 к вышеприведенным базовым нормативам финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) установлены коэффициенты специфики:

- для соответствующих требованиям Приказа №543н в размере 1,0;
- для не соответствующих требованиям Приказа №543н в размере 0,5.

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

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times БНФ_{\text{ФАП}}^n \times КС_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$  размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов,

	фельдшерских здравпунктов) в i-той медицинской организации;
$\chi_{\text{ФАП}}^n$	число фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) 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 - фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) 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 Приказом №543н (для типов фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), для которых размер финансового обеспечения определен Разделом VI Территориальной программы в соответствии с Разделом VI Программы, устанавливается значение коэффициента равное 1).

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

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

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

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

$\text{ОС}_{\text{ФАП}_{\text{НГ}}}^j$  размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта) 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 фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

3.1.12. 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:

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

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

$O_{\text{МП}}$  фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;

$T$  тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, 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 2026 год (коэффициент уровня медицинских организаций в амбулаторных условиях принимается в значении 1).

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

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), 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.

Тарифы на оплату выше указанных отдельных диагностических (лабораторных) исследований дифференцированы и установлены размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, которые представляют собой среднюю стоимость одного соответствующего исследования.

Тарифы на проведение отдельных диагностических исследований за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики на 2026 год представлены в приложении № 29 к настоящему Тарифному соглашению (применяются, в том числе при межтерриториальных расчетах). В указанном приложении установлены базовые нормативы финансовых затрат и коэффициенты, применяемые к базовым нормативам. Указанные тарифы рекомендованы медицинским организациям, в том числе для осуществления межучрежденческих взаиморасчетов.

Межучрежденческие расчеты осуществляются через страховую медицинскую организацию по тарифам на оплату медицинской помощи, установленными в рамках настоящего Тарифного соглашения. Страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинских 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 отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным медицинской организацией - инициатором.

3.1.13. Тарифы на оплату единиц объема амбулаторной медицинской помощи (посещение, обращение), применяемые также при осуществлении межтерриториальных расчетов, представлены в приложении № 5 к тарифному соглашению, тарифы на диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (на законченный случай лечения) на 2026 год, представлены в приложениях № 21 и № 22 к настоящему тарифному соглашению (применяются, в том числе при межтерриториальных расчетах).

Тарифы на проведение исследований на выявление вирусной инфекции приведены в приложении № 29а настоящего Тарифного соглашения (применяются, в том числе при межучрежденческих и 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.

3.1.14. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема (комплексное посещение) для медицинской реабилитации, установленных Территориальной программой в соответствии с Программой.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно в том числе в зависимости от состояния пациента по ШРМ (1-3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Медицинская реабилитация пациентов проводится по баллам ШРМ:

- при заболеваниях центральной нервной системы,
- кардиологических заболеваниях,
- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата,
- после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19),
- при других соматических заболеваниях.

Объемы случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и размеры соответствующих тарифов определены в рамках вышеприведенных параметров в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой ОМС в рамках Территориальной программы.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Объем средств, полученный медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»,

определяется по формуле:

$$OC_{MPi}^{AMB} = \Sigma (O_{MP} \times T_{MP}), \text{ где:}$$

$OC_{MPi}^{AMB}$  – объем средств, полученных медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

$O_{MP}$  – объем комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» с учетом в том числе состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента;

$T_{MP}$  – тариф на оплату комплексного посещения по профилю «медицинская реабилитация» для соответствующего состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента.

Тарифы на оплату комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях приведены в приложении № 2 настоящего Тарифного соглашения.

В целях повышения эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования в рамках настоящего Тарифного соглашения предусматривается производить оплату посещений на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания с оплатой за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение), вне подушевого норматива финансирования.

Медицинскую помощь, оказываемую в рамках на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания предусматривается оплачивать за единицу объема – комплексное посещение, включающее:

- в школе для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями 6-8 занятий продолжительностью одного занятия 45 минут, с проверкой дневников самоконтроля;

- в школе для больных сахарным диабетом от 5 до 10 занятий продолжительностью одного занятия от 2-х до 4-х часов, с проверкой дневников самоконтроля;

- в школе для беременных и по вопросам грудного вскармливания 6-8 занятий продолжительностью одного занятия 45 минут, с проверкой дневников самоконтроля.

Приложением № 36 к настоящему Тарифному соглашению установлены тарифы школы для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета в расчете на 1 пациента.

3.1.15. Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь с оплатой по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, складывается следующим образом:

$$\Phi O_{FAKT}^i = OC_{DC}^i + DP_H^i \times \chi_3^i + OC_{FAP}^i + OC_{ISSLED}^i + OC_{NEOTL}^i + OC_{EO}^i, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$	фактический размер финансового обеспечения i-той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;
$OC_{\text{ДС}}^i$	размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i-той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;
$OC_{\text{ФАП}}^i$	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-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С ( <i>Hepatitis C virus</i> ) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), 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 лицам Чеченской Республики, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением $OC_{\text{ИССЛЕД}}^i$ ), рублей.

3.1.16. 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, в том числе, применяемые при межучрежденческих (осуществляются медицинскими организациями через страховую медицинскую организацию) 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.

3.1.17. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС:

- первичную доврачебную, врачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, (посещения с иными целями, обращения в связи с заболеванием), за исключением расходов, приведенных в приложении № 13 настоящего Тарифного соглашения;
- расходы на оплату проведения диспансерного наблюдения детского населения;

- проведение медицинским психологом консультирования ветеранов боевых действий, супруга (супруги) участника специальной военной операции, а также супруга (супруги) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

3.1.19. Тарифы, установленные в приложениях № 5, № 6, № 7, № 26, № 29, № 29а Тарифного соглашения применяются в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики.

3.1.20. 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;

Расходы по оказанию медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включены в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – эти расходы включены в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ, 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.

Установлены отдельные тарифы на оплату медицинских услуг с применением телемедицинских технологий, в том числе оказываемых в референс-центрах федеральных медицинских организаций (по типу межучрежденческих расчетов), которые приведены в приложении №26 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.1.21. Приложением № 39 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2026 год установлены тарифы на отдельные медицинские услуги для возмещения расходов медицинским организациям системы ОМС, связанных с оказанием медицинской помощи определенным категориям граждан согласно постановлениям Правительства РФ № 1093 от 26.09.1994, № 911 от 31.12.2004, № 1563 от 15.12.2018.

Приложением № 40 к настоящему тарифному соглашению установлены «Тарифы на 2026 год на маммографию с использованием искусственного интеллекта».

Приложением № 17 к настоящему тарифному соглашению установлены «Тарифы на 2026 год на проведение патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение (в рамках межучрежденческих взаиморасчетов), в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

3.1.22. Средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, не включают средства на оплату второго этапа диспансеризации и средства на оплату диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.

### **3.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара**

3.2.1. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:  $\Phi_{МО} = \sum CC_{КСГ}$ , где:

$\Phi_{МО}$  размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$CC_{КСГ}$  стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях, рублей.

Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо на 2026 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет - 8 339,81 рублей (без учета финансового обеспечения объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам Чеченской Республики медицинскими организациями других субъектов Российской Федерации в рамках межтерриториальных расчетов и без учета медицинской реабилитации). Средний размер финансового обеспечения при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях составляет в размере 491,61 рубля на 1 застрахованное лицо в год.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ (клинико-статистические группы), с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, коэффициента специфики, коэффициента дифференциации, доли заработной платы и прочих расходов в составе тарифа, к которому применяются коэффициент дифференциации и коэффициент специфики, базовая ставка за 1 случай госпитализации в круглосуточном стационаре, представлен в приложении № 16 настоящего Тарифного соглашения.

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Чеченской Республики, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»;
5. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
6. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций;
7. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного законченного случая госпитализации в стационаре (ССкsg) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Территориальной программой, в соответствии с Программой, установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

	$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КД_{зп} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП$ , где:
БС	базовая ставка, рублей;
КЗ <sub>КСГ</sub>	коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КД <sub>зп</sub>	коэффициент достижения уровня заработной платы медицинских работников, принимается в значении 1,0;
КС <sub>КСГ</sub>	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Тарифном соглашении для данной КСГ – в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1);
КУС <sub>МО</sub>	коэффициент уровня оказания медицинской помощи медицинской организации, в которой был пролечен пациент (принимается в соответствии с приложением №25 к настоящему тарифному соглашению);
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 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». В рамках настоящего Тарифного соглашения его значение принимается в размере 1,0.
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). Условия применения КСЛП отражены в приложении № 24 к настоящему тарифному соглашению).
	* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Территориальной программой в соответствии с Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

	$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) +$ $+ БС \times КД^* \times КСЛП$ , где:
БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КЗ <sub>КСГ</sub>	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен

	данный случай госпитализации;
ДзП	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС <sub>КСГ</sub> );
КС <sub>КСГ</sub>	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0);
КУСМО	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (в рамках настоящего Тарифного соглашения его значение принимается в размере 1,0);
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» (равно единице).

В рамках настоящего Тарифного соглашения не выделены подгруппы в составе КСГ.

Для всех медицинских организаций коэффициент дифференциации (КД), в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0.

Коэффициенты уровня (КУСМО), установленные для медицинских организаций на 2026 год в рамках настоящего Тарифного соглашения, представлены в приложении №25.

Коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, является единым для всех уровней медицинских организаций и в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1.

Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) и условия применения приведены в приложении №24 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.4. К КСГ, включающим оплату медицинской помощи с применением сложных медицинских технологий, в том числе при заболеваниях, являющихся основными причинами смертности, а также группы с высокой долей расходов на медикаменты и расходные материалы, применение понижающих коэффициентов специфики Методическими рекомендациями не допускается.

Таблица 1. КСГ, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики.

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.002	Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)
st13.005	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ
st13.007	Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)
st15.015	Инфаркт мозга (уровень 2)
st15.016	Инфаркт мозга (уровень 3)
st17.001	Малая масса тела при рождении, недоношенность
st17.002	Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость
st17.003	Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)

К КСГ, включающим оплату медицинской помощи при заболеваниях, лечение которых должно преимущественно осуществляться в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, повышающий коэффициент специфики не применяется.

Таблица 2. Перечень КСГ, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики.

№ КСГ	Наименование КСГ
st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
st12.001	Кишечные инфекции, взрослые
st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
st27.003	Болезни желчного пузыря
st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
st30.004	Болезни предстательной железы
st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

3.2.5. Размер базовой ставки в круглосуточном стационаре в рамках настоящего Тарифного соглашения установлен в размере 34 133,51 рубля на 1 случай госпитализации в соответствии с приложением № 4 к Программе.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Расчет базовой ставки выполнен отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3.2.6. 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 (приведены в приложении № 25 настоящего Тарифного соглашения).

Коэффициенты уровня установлены в соответствии с Требованиями для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара:

1) к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

2) ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

3) к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению 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 в медицинских организациях разного уровня.

Установленные приложением № 25 настоящего Тарифного соглашения значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи составляют:

- для медицинских организаций 1-го уровня - 0,9;
- для медицинских организаций 2-го уровня - 1,05;
- для медицинских организаций 3-го уровня - 1,25.

Методическими рекомендациями не допускается установление коэффициента уровня в размере менее 1 для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня, осуществляющих оказание медицинской помощи по профилям «Детская онкология» и «Онкология», в том числе для центров амбулаторной онкологической помощи.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается

преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня не применяется (принимается равным 1).

Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня в стационарных условиях, приведен в приложении № 25а настоящего Тарифного соглашения и соответствует перечню КСГ, установленному Методическими рекомендациями.

3.2.7. Тарифным соглашением в системе ОМС Чеченской Республики на 2026 год при оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к отдельным случаям медицинской помощи установлены коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), которые применяются в соответствии с приложением №24 к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП.

При оплате по двум и более КСГ (при переводе по новому классу МКБ и при реабилитации после завершения лечения) КСЛП применяется дважды (и более).

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением № 24 Тарифного соглашения, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.2.8. Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению приведен перечень заболеваний в стационарных условиях в разрезе КСГ и установлена базовая ставка для оплаты, оказанной медицинскими организациями медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС 2026 года. Расчет для оплаты законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара осуществляется в соответствии с пунктом 3.2.3. настоящего раздела (в том числе, для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам других субъектов РФ в рамках межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики). Стоимость законченного случая (ССкsg) определяется по формуле, приведенной в пункте 3.2.3. настоящего раздела, а также в примечании приложения №16 к настоящему Тарифному соглашению. К тарифам (базовой ставке) по стационарной медицинской помощи, приведенным в приложении № 16, применяются следующие коэффициенты:

КД - коэффициент дифференциации (в соответствии с постановлением №462), для всех медицинских организаций принимается в значении 1,0;

КЗкsg - коэффициенты относительной затратоемкости в разрезе каждой КСГ, установлен в соответствии с приложением №4 Программы;

КД<sub>зп</sub> - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Чеченской Республики, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», для всех медицинских организаций в круглосуточном стационаре принимается в значении 1,0;

КСкsg - коэффициент специфики, который в рамках настоящего Тарифного соглашения для всех медицинских организаций принимается в значении 1,0;

КУСмо - коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установленный для медицинской организации – в соответствии с приложением №25 к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента – в соответствии с приложением № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

В соответствии с Программой и Методическими рекомендациями медицинская помощь по отдельным группам заболеваний, состояний (КСГ) оплачивается с применением коэффициента дифференциации (применяется в значении 1,0) и поправочного коэффициента (коэффициента специфики оказания медицинской помощи – применяется в значении 1,0) к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа. Эти отдельные группы заболеваний, состояний приведены в приложении № 16 настоящего Тарифного соглашения.

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

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

При оплате высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема ВМП применяется коэффициент дифференциации 1,0. Доли заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи в зависимости от группы ВМП, к которой применяется коэффициент дифференциации – 1,0, приведены в приложении № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.11. Тарифы, приведенные в приложении №16 и приложении № 20 настоящего Тарифного соглашения, применяются, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики.

3.2.12. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

В соответствии с Территориальной программой и Методическими рекомендациями к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в выше приведенных подпунктах 1–7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, в соответствии с приложением 34 настоящего Тарифного соглашения;
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком (в соответствии с Методическими рекомендациями).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием

закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-10 пункта 3.2.13. настоящего раздела (в соответствии с Методическими рекомендациями), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 3.2.12 настоящего раздела (в соответствии с Методическими рекомендациями).

Приложением № 34 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с Приложением №8 к Программе и Методическими рекомендациями) определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

При этом размеры оплаты устанавливаются таким образом, что доля оплаты случаев оказания медицинской помощи с длительностью более 3-х дней превышает долю оплаты случаев с длительностью 3 дня и менее.

В приложении № 27 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями) определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях круглосуточного и дневного стационаров. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в приложение № 27 (в соответствии с Методическими рекомендациями), не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты

прерванных случаев.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 3.2.12. настоящего раздела (в соответствии с Методическими рекомендациями), оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.2.13. Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности (в соответствии с Методическими рекомендациями);

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например, удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрапульсации или экстракорпоральной мембранный оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой

госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

**3.2.14. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше в условиях стационара**

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщиках (в соответствии с Приложениями к Методическим рекомендациям), для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в Методических рекомендациях.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и

оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности, предусмотренным Методическими рекомендациями) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в Группировщиках при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи с усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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).

3.2.15. За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) в указанных медицинских организациях по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

### **3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара**

3.3.1. Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев, оказанных в условиях дневного стационара:  $\Phi_{\text{МО}} = \sum CC_{\text{КСГ}}$ , где:

$\Phi_{\text{МО}}$  размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$CC_{\text{КСГ}}$  стоимость законченного случая лечения в условиях дневного стационара, рублей.

Стоимость одного законченного случая лечения в условиях дневного стационара ( $CC_{\text{КСГ}}$ ) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ}} = BC \times KD \times KZ_{\text{КСГ}} \times KS_{\text{КСГ}} \times KДзп \times KУС_{\text{МО}} + BC \times KD^* \times KСЛП, \text{ где:}$$

$BC$  базовая ставка, рублей;

$KZ_{\text{КСГ}}$  коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

$KS_{\text{КСГ}}$  коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Тарифном соглашении для данной КСГ – в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1);

$KУС_{\text{МО}}$  коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент (принимается в соответствии с приложением №25 к настоящему тарифному соглашению, в условиях дневного стационара коэффициент уровня принимается в значении 1,0 для всех медицинских организаций);

$KДзп$  Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Чеченской Республики, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» принимается в значении 1,0 для всех медицинских организаций;

$KД$  коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 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».

Коэффициент дифференциации на территории Чеченской Республики принимается в размере 1,0.

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). Условия применения КСЛП отражены в приложении № 24 к настоящему тарифному соглашению.

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» (равно единице).

Коэффициент относительной затратоемкости (КЗкsg) 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.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо на 2026 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС (без учета финансового обеспечения объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам Чеченской Республики медицинскими организациями других субъектов Российской Федерации в рамках межтерриториальных расчетов и медицинской реабилитации), составляет – 1 657,17 рубля. Средства финансового обеспечения объемов медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневных стационаров составляют в размере 84,06 рубля на 1 застрахованное лицо в год.

3.3.2. Размер базовой ставки в условиях дневного стационара в рамках настоящего Тарифного соглашения установлен в размере 18 545,39 рубля на 1 случай лечения, в соответствии с приложением №4 к Программе. Размер базовой ставки устанавливается на год.

3.3.3. Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению приведен перечень заболеваний в условиях дневного стационара всех типов в разрезе КСГ и установлена базовая ставка для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках территориальной программы ОМС 2026 года. Расчет для оплаты законченного случая лечения в условиях дневного стационара всех типов осуществляется в соответствии с пунктом 3.3.1. настоящего раздела (в том числе, для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам других субъектов РФ в рамках межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики). Стоимость законченного случая лечения (ССкsg) определяется

по формуле, приведенной в пункте 3.3.1. настоящего раздела, а также в примечании приложения №18 к настоящему Тарифному соглашению.

К тарифам (базовой ставке) по медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, приведенным в приложении № 18, применяются следующие коэффициенты:

КД - коэффициент дифференциации (в соответствии с постановлением №462), который принимается в значении 1,0;

КЗксг - коэффициенты относительной затратоемкости в разрезе каждой КСГ;

КСксг - коэффициент специфики, который в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0;

КДзп - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Чеченской Республики, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0;

КУСмо - коэффициент уровня медицинской организации в условиях дневного стационара в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в размере 1,0;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента – в соответствии с приложением №24 к настоящему Тарифному соглашению.

В соответствии с Методическими рекомендациями медицинская помощь по отдельным группам заболеваний, состояний (КСГ) оплачивается с применением коэффициента дифференциации и поправочного коэффициента (коэффициента специфики оказания медицинской помощи) к доле заработной платы и прочих расходов в составе тарифа (указанные коэффициенты в рамках настоящего Тарифного соглашения принимаются в значении 1,0). Эти отдельные группы заболеваний, состояний приведены в приложении № 18 настоящего Тарифного соглашения.

3.3.4. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ, в условиях дневных стационаров всех типов с указанием кодов по МКБ-10 и коэффициентов относительной затратоемкости КСГ в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в соответствии с приложением № 4 Программы.

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

В соответствии с Территориальной программой и Методическими рекомендациями к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенными в выше приведенных подпунктах 1–7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в приложения 34 настоящего Тарифного соглашения (в соответствии с Методическими рекомендациями);
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Методическими рекомендациями Группировщиком).

3.3.6. В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 3.3.5. настоящего раздела (в соответствии с Методическими рекомендациями), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 3.3.5 настоящего раздела.

Приложением № 34 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с Приложением №8 к Программе и Методическими рекомендациями) определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

При этом размеры оплаты устанавливаются таким образом, что доля оплаты случаев оказания медицинской помощи с длительностью более 3-х дней превышает долю оплаты случаев с длительностью 3 дня и менее.

В приложении № 27 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями) определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях круглосуточного и дневного стационаров. Таким образом, прерванные случаи лечения по КСГ, не входящим в приложение №27 (в соответствии с Методическими рекомендациями), не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 3.3.5. настоящего раздела (в

соответствии с Методическими рекомендациями), оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности (в соответствии с Методическими рекомендациями);

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранный оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие

предоставления медицинской помощи матери;

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

10. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

3.3.7. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше в условиях дневного стационара

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщиках (в соответствии с Приложениями к Методическим рекомендациям), для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в Методических рекомендациях.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности, предусмотренным Методическими рекомендациями) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих

условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи с усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

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).

**3.4. В рамках настоящего Тарифного соглашения** предусматривается, что оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту, оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация», оплата случаев лечения при оказании услуг диализа, оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология», оплата случаев лечения по профилю «Онкология» по медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, а также в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

### **3.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

**3.5.1.** На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, определен размер средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики в 2026 году, по следующей формуле:

$$OC_{СМП} = (No_{СМП} \times Nfz_{СМП}) \times \chi_3 - OC_{МТР}$$

где:

$OC_{СМП}$	объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, рублей;
$Nos_{СМП}$	средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой в рамках территориальной программы ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;
$Nfz_{СМП}$	средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Территориальной программой в рамках территориальной программы ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
$OC_{МТР}$	объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Чеченской Республики, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;
$\chi_3$	численность застрахованного населения Чеченской Республики, человек.

Размер среднего подушевого норматива финансирования ( $\Phi O_{СР}^{СМП}$ ), предусмотренный Требованиями, рассчитывается путем деления  $OC_{СМП}$  на численность застрахованного населения Чеченской Республики.

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в расчете на 1 застрахованное лицо ( $\Phi O_{СР}^{СМП}$ ), рассчитанный в соответствии с вышеуказанным абзацем, составляет - 1 261,83 рублей на 1 застрахованного в расчете на 2026 год.

3.5.2. В соответствии с Методическими рекомендациями базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитан исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, по следующей формуле:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{OC_{СМП} - OC_B}{\chi_3 \times KД} = 1 256,36 \text{ рублей в год на 1 застрахованное лицо,}$$

где:

$Пн_{БАЗ}$  базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$OC_B$  объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам Чеченской Республики с оплатой за вызов, рублей;

$KД$  единый коэффициент дифференциации субъекта Российской

Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (для Чеченской Республики принимается в значении 1,0).

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в условиях оказания скорой медицинской помощи, определенный по выше приведенной формуле, составил в расчете на 2026 год 1 256,36 рублей или 104,70 рублей в расчете на месяц.

В рамках территориальной программы ОМС в 2026 году в оказании скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики участвует одна медицинская организация, имеющая прикрепленное население. 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.

В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

3.5.3. 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
жен.	муж	жен.	муж	жен.	муж	жен.	муж.	жен.	муж.
0,92681	1,00220	0,54764	0,64236	0,28149	0,27420	1,33369	0,63275	3,88099	3,07686

3.5.4. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, тромболизис, вызов дежурной выездной бригады дистанционного реанимационно - консультативного центра), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в приложении №3 настоящего Тарифного соглашения.

3.5.5. 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 на оплату вызовов скорой медицинской помощи, оказываемых медицинской организацией не имеющей прикрепленного населения;
- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам Чеченской Республики за пределами территории Чеченской Республики.

3.5.6. На основе базового 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 для медицинских организаций по следующей формуле:  $DPh^i = Ph_{БАЗ} \times KД_{ПВ}^i \times KД_{УР}^i \times KД_{ЗП}^i \times KД^i = 1256,36 \times 1,0 \times 1,0 \times 1,0 \times 1,0 = 1256,36$  рублей в год, или 104,70 рублей в месяц на 1 застрахованное лицо,

где:

$DPh^i$	дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для $i$ -той медицинской организации, рублей;
$KД_{ПВ}^i$	коэффициент половозрастного состава (принят в значении 1,0);
$KД_{УР}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей) - принят в значении 1,0;
$KД_{ЗП}^i$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения – принят в значении 1,0;
$KД^i$	коэффициент дифференциации $i$ -той медицинской организации (принимается в значении 1,0).

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на территории Чеченской Республики в 2026 году равен базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования скорой

медицинской помощи, так как на территории всего одна медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь, имеющая прикрепленное население и выше приведенные коэффициенты в рамках настоящего Тарифного соглашения приняты в значении 1,0).

### **3.6. Структура тарифа на оплату медицинской помощи**

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, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

### **4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

4.1. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком проведения контроля.

4.2. В соответствии с пунктом 209 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 августа 2025 года № 496н (далее-Правила ОМС) и Приказа Минздрава России от 19.03.2021 N 231н "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения", размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением №8 к Правилам ОМС), рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times Kno, \quad \text{где:}$$

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

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

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

рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) определены приложением № 8 к Правилам ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 августа 2025 года №496н.

4.3. В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1 размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

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

где:

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

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

PT2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);  
Kno - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с приложением № 8 к Правилам ОМС.

4.4. Согласно пункту 211 Правил ОМС размер штрафных санкций, применяемых к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{шт}$ ), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times К_{шт}, \text{ где:}$$

Сшт - размер штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится

контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 8 к Правилам ОМС, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Кшт - коэффициент для определения размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

4.5. В рамках настоящего Тарифного соглашения подушевой норматив финансирования медицинской помощи составил:

- по амбулаторной помощи, всего, включая реабилитацию и диспансерное наблюдение – **8 704,24 руб.,**
- в условиях круглосуточного стационара всего, включая ВМП и реабилитацию – **10 079,09 руб.,**
- в условиях дневного стационара - **2 447,67 руб.,**
- по скорой медицинской помощи – **1 331,20 руб.**

4.6. В соответствии с пунктом 219 Правил ОМС в случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом целевых средств, подлежащим направлению в медицинскую организацию на оплату медицинской помощи (разница между выставленным на оплату счетом и ранее перечисленным авансом), медицинская организация возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения. При этом счет на оплату медицинской помощи не оплачивается.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества применяются в соответствии с приложением № 8 к Правилам ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025г. № 496н.

## **5. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2026 года и действует по 31 декабря 2026 года.

Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме (дополнительным соглашением) 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 Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;
- в) 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;
- г) 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. В соответствии с подпунктом 7) пункта 4 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения осуществляет Комиссия в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения и Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

5.3. Оплата медицинской помощи в рамках утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2026 год осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного

медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.



СОГЛАСОВАНО:

29.01

2026 года

Минздрав Чеченской Республики

А.Р. Алханов



Профсоюз



Чеченской Республики

Л-А.Ш. Садулаев

Х.М. Даудов



Д.А. Умарова

А.Х. Ибакова