

**Дополнительное соглашение № 1
к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского
страхования Чеченской Республики на 2024 год**

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 Батукаевой М.М. (далее - Профсоюз), Чеченской региональной общественной организацией «Медицинская палата Чеченской Республики» в лице члена Правления Бартиева Р.А. (далее - Медицинская палата) на основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее дополнительное соглашение по внесению изменений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республике на 2024 год в целях устранения замечаний, изложенных в Заключении Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 31.01.2024 № 00-10-26-1-06/1661:

1. В разделе 2.2. Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «Способы оплаты и основные подходы к оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по КСТ»:

1.1. пункт 2.2.1. изложить в новой редакции следующего содержания:

«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 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 № 7 Программы, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа»;

1.2. пункт 2.2.3. изложить в новой редакции следующего содержания:

«при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клиничко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клиничко-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 № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клиничко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи)».

2. Раздел 3.6. «Структура тарифа на оплату медицинской помощи» изложить в новой редакции следующего содержания:

«Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая

расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу».

3. Раздел 3.2. Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара» дополнить пунктом 3.2.15. следующего содержания:

«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».

4. В раздел 3.1. Тарифного соглашения на 2024 год «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

- в пункте 3.1.1 сумму 9 692 554 478 рублей заменить на сумму 9 794 027 918,59 рублей,

- в пункте 3.1.2 сумму 6 683,12 рубля заменить на сумму 6753,09 рубля,

- в соответствии с разделом 2.2. «Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 31-2/200 и № 00-10-26-2-06/2778 внести изменения в пятый абзац пункта 3.1.3 Тарифного соглашения на 2024 год «Определено значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, по следующей формуле:

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{ОС_{\text{ПНФ}}}{Ч_3 \times КД} \right), \text{ который составил } - 1458,67 \text{ рубля в год или } 121,56 \text{ рубля в месяц,}$$

где:

$ПН_{\text{БАЗ}}$ базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$ОС_{\text{ПНФ}}$ объем средств на оплату медицинской помощи

по подушевому нормативу финансирования, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (для Чеченской Республики не установлен и в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0).»;

изложив указанный абзац в новой редакции следующего содержания:

«Определено значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, по следующей формуле:

$$ПН_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{ОС_{\text{ПНФ}} - ОС_{\text{Срд}}}{Ч_3 \times СК_{\text{Дот}} \times СК_{\text{Дпв}} \times КД} \right), \text{ который составил } - 1292,78 \text{ рубля в год или } 107,732 \text{ рубля в}$$

месяц,

где:

ПН_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

ОС_{ПНФ} объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

ОС_{Срд} объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей;

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

СК_{Дпв} значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (для Чеченской Республики не установлен и в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0).»;

- внести изменения в предпоследний абзац пункта 3.1.3 Тарифного соглашения на 2024 год «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 (ОС_{ПНФ}), рассчитан по следующей формуле:

$$ОС_{\text{ПНФ}} = ОС_{\text{АМБ}} - ОС_{\text{ФАП}} - ОС_{\text{ИССЛЕД}} - ОС_{\text{НЕОТЛ}} - ОС_{\text{ЕО}} - ОС_{\text{ПО}} - ОС_{\text{ДИСП}},$$

где:

- ОС_{ФАП} объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;
- ОС_{ИССЛЕД} объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{НЕОТЛ} объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{ЕО} 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», а также диспансерного наблюдения), рублей;
- ОС_{ПО} объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{ДИСП} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рублей;

изложив указанный абзац в новой редакции следующего содержания:

«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 (ОС_{ПНФ}), рассчитан по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{ДН}$$

где:

- ОС_{ФАП} объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости

– за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;

- ОС_{ИССЛЕД} объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{НЕОТЛ} объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{ЕО} 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»), рублей;
- ОС_{ПО} объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{ДИСП} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рублей;
- ОС_{ДН} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

- раздел 3.1. дополнить пунктом 3.1.22. следующего содержания:

«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».

5. В связи с установлением в составе коэффициента специфики фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, в том числе пунктов, повышающего коэффициента в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых

половым путем, приложение №28 Тарифного соглашения на 2024 год «Нормативы финансовых затрат фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год» изложить в новой редакции, согласно приложению №1 к настоящему дополнительному соглашению.

В целях устранения замечания в Заключении Федерального фонда обязательного медицинского страхования абзац пятый пункта 3.1.11. Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «В рамках настоящего Тарифного соглашения коэффициент уровня для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов принимается в значении 1.» исключить и считать не действующим.

6. В соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 31-2/200 и № 00-10-26-2-06/2778 (пункт 2.3. «Правила применения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования» раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц») и в рамках Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года №44н внести изменения в приложение № 11 Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «Коэффициенты дифференциации и размеры дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц на 2024 год», изложив в новой редакции, согласно приложению №2 к настоящему дополнительному соглашению (новая редакция приложения №11 Тарифного соглашения на 2024 год отвечает условиям, определенным последним абзацем пункта 2.3. «Правила применения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования» Методических рекомендаций, которым установлено, что снижение общего объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования по всем медицинским организациям в совокупности по сравнению с уровнем предыдущего года недопустимо. Общий объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем медицинским организациям в совокупности на 2024 год превышает аналогичный показатель 2023 года на 1190,92 тыс. рублей).

7. В приложении №16 Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «ПЕРЕЧЕНЬ групп заболеваний (КСГ), состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях круглосуточного стационара и базовая ставка на 2024 год» в строке по КСГ st19.082 Лучевая терапия (уровень 8) коэффициент относительной затратоемкости 14,55 заменить на коэффициент относительной затратоемкости 14,45.

8. В целях устранения замечания в Заключении Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в приложении №29 Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «Тарифы на проведение отдельных диагностических исследований в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год (в том числе для применения при межучрежденческих взаиморасчетах)», внести изменения в части тарифов на молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и тарифов на патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, изложив тарифы на указанные диагностические услуги в новой редакции, согласно приложению №3 к настоящему дополнительному соглашению.

9. В приложение № 9 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год внести следующие изменения:

- в таблицу 1 после строки 37 добавить строки 38, 39, 40 нижеследующего содержания:

38	Для оценки репродуктивного здоровья (18-29 лет) - 1й этап женщины	2 533,68	2660,36	2660,36	0,926323
39	Для оценки репродуктивного здоровья (30-49 лет) - 1й этап женщины	598,08	627,98	627,98	0,21866
40	Для оценки репродуктивного здоровья (18-49 лет) - 1й этап мужчины	248,08	260,48	260,48	0,090699

- в таблицу 4 после строки 14 добавить строки 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 нижеследующего содержания:

15	Для оценки репродуктивного здоровья проведение в возрасте 30 - 49 лет лабораторных исследований мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции - женщины		1 924,60	5,120251
16	Для оценки репродуктивного здоровья проведение ультразвукового исследования органов малого таза в начале или середине менструального цикла - женщины		485,1	1,290571
17	Для оценки репродуктивного здоровья проведение ультразвукового исследования молочных желез - женщины		534,6	1,422262
18	Для оценки репродуктивного здоровья повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом - женщины		248,08	0,659998
19	Для оценки репродуктивного здоровья проведение спермограммы - мужчины		459,8	1,223263

20	Для оценки репродуктивного здоровья микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции - мужчины	1924,6	5,120251
21	Для оценки репродуктивного здоровья проведение ультразвукового исследования предстательной железы и органов мошонки - мужчины	485,1	1,290571
22	Для оценки репродуктивного здоровья повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин) - мужчины	248,08	0,659998

10. Внести изменения в приложение № 24 Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «ПЕРЕЧЕНЬ случаев оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, для которых установлен КСЛП на 2024 год», изложив указанное приложение в новой редакции в соответствии с Требованиями и Методическими рекомендациями, согласно приложению №4 к настоящему дополнительному соглашению.

11. Пункт 3.3.3. раздела 3.3 «Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара» Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики дополнить новым абзацем, следующего содержания: «КСЛП в условиях дневного стационара применяется в значении 0».

12. В приложении №7 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год «Тарифы на диспансерное наблюдение, неотложную помощь по тарифному соглашению Чеченской Республики на 2024 год» после строки 1.4 добавить строку 1.5, следующего содержания:

1.5	Комплексное посещение по диспансерному наблюдению работающих граждан	комплексное посещение	2288,8	-	1,02641	-
-----	--	-----------------------	--------	---	---------	---

13. В целях приведения в соответствие с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 31-2/200 и № 00-10-26-2-06/2778) приложение № 36 к Тарифному соглашению на 2024 год «Тарифы для школы сахарного диабета в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2024 год» изложить в новой редакции, согласно приложению №5 к настоящему дополнительному соглашению.

14. Тарифное соглашение в системе ОМС Чеченской Республики дополнить приложением №40 «Тарифы на маммографию с использованием искусственного

интеллекта», согласно приложению №6 к настоящему дополнительному соглашению.

15. Тарифное соглашение в системе ОМС Чеченской Республики дополнить приложением №41 «Тарифы на 2024 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», согласно приложению №7 к настоящему дополнительному соглашению.

16. В приложение №31 «Тарифы на отдельные лечебно-диагностические услуги для применения в 2024 году в системе ОМС Чеченской Республики, в том числе при межучрежденческих взаиморасчетах» Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики на 2024 год внести следующие изменения:

«строки 25 и 27:

25	A09.05.302	Исследование одного маркера (гормона, онкомаркера, аутоиммунных антител) иммунохимическим методом	235,63
27	A12.06.080	Исследование одного АГ или АТ к одному инфекционному агенту в любом биологическом материале	191,11

», изложить

в новой редакции следующего содержания:


25	A09.05.302	Исследование одного маркера (гормона, онкомаркера, аутоиммунных антител) иммунохимическим методом	291,57
27	A12.06.080	Исследование одного АГ или АТ к одному инфекционному агенту в любом биологическом материале	227,70

СОГЛАСОВАНО: «25» 03 2024 года

Минздрав Чеченской Республики


А.Р. Алханов


СМО


Х.М. Даудов

Профсоюз


М.М. Батукаева

ТФОМС Чеченской Республики


Л.А.Ш. Садулаев

Медицинская палата


Р.А. Бартиев