

**Дополнительное соглашение № 2
к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского
страхования Чеченской Республики на 2016 год**

В целях приведения Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год (далее – тарифное соглашение) в соответствие требованиям приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 №200 «Об установлении требований к структуре тарифного соглашения» принято настоящее дополнительное соглашение сторонами, заключившими тарифное соглашение: Министерством здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Сулейманова Э.А. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице директора Абдулазизова Д.Ш. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховой медицинской организацией ЗАО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице директора Тапаева А.Ш. (далее - СМО), Профессиональной медицинской ассоциацией Чеченской Республики в лице Магоматова С.А. (далее - Ассоциация), Чеченской республиканской региональной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Батукаева М.К. (далее - Профсоюз).

I. В разделе 3 "Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи" тарифного соглашения:

- подпункт 3.1.1. считать в следующей редакции: "Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики 2016 года, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования 2016 года составляет 3 021,61 рублей";

- подпункт 3.2.1. считать в следующей редакции: "Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики 2016 года, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования 2016 года составляет 3 581,98 рублей";

- подпункт 3.3.1. считать в следующей редакции: "Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики 2016 года, в расчете на

одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 652,64 рублей";

- подпункт 3.4.1. считать в следующей редакции: "Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики 2016 года, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 492,73 рубля".

- подпункт 3.1.3. считать в следующей редакции:

"размер подушевого норматива финансирования в амбулаторно-поликлинических условиях, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938 и 8089/21-и, составил - 106,78 рублей";

- подпункт 3.1.4. считать в следующей редакции:

"для определения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива в амбулаторно-поликлинических условиях численность застрахованного населения учитывается по следующим половозрастным группам:

- дети 0 - 1 год, в том числе: мужчины, женщины);
- дети 1 - 4 года (в том числе: мужчины, женщины);
- дети 5 – 17 лет (в том числе: мужчины, женщины);
- взрослые 18-59 лет мужчины;
- взрослые 18 – 54 лет женщины;
- взрослые 60 лет и старше мужчины;
- взрослые 55 лет и старше женщины;

половозрастные коэффициенты дифференциации в амбулаторно-поликлинических условиях:

- дети 0 - 1 год, в том числе:
мужчины - 0,6257, женщины - 0,6440;
- дети 1 - 4 года, в том числе:
мужчины - 0,6601, женщины - 0,6465;
- дети 5 – 17 лет, в том числе:
мужчины - 0,7601, женщины - 0,7937;
- взрослые 18-59 лет, мужчины - 0,7461;
- взрослые 18 – 54 лет, женщины - 1,5211;
- взрослые 60 лет и старше, мужчины - 1,0761;
- взрослые 55 лет и старше, женщины - 1,3373";

- подпункт 3.4.2. считать в следующей редакции:

"размер подушевого норматива финансирования в условиях оказания скорой медицинской помощи, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938 и 8089/21-и, составил - 41,06 рублей";

- подпункт 3.4.3. считать в следующей редакции:

"для определения половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива в условиях оказания скорой медицинской помощи численность застрахованного населения учитывается по следующим половозрастным группам:

- дети 0 - 1 год, в том числе: мужчины, женщины);
- дети 1 - 4 года (в том числе: мужчины, женщины);
- дети 5 – 17 лет (в том числе: мужчины, женщины);
- взрослые 18-59 лет мужчины;
- взрослые 18 – 54 лет женщины;
- взрослые 60 лет и старше мужчины;
- взрослые 55 лет и старше женщины.

половозрастные коэффициенты дифференциации в условиях оказания скорой медицинской помощи:

- дети 0 - 1 год, в том числе:

мужчины - 0,2760, женщины - 0,2429;

- дети 1 - 4 года, в том числе:

мужчины - 0,9349, женщины - 0,7361;

- дети 5 – 17 лет, в том числе:

мужчины - 0,2650, женщины - 0,2687;

- взрослые 18-59 лет, мужчины - 0,6662;

- взрослые 18 – 54 лет, женщины - 1,2808;

- взрослые 60 лет и старше, мужчины - 2,2709;

- взрослые 55 лет и старше, женщины - 3,5039".

П. Приложение № 16 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2016 г. изложить в новой редакции следующего содержания:

"Перечень оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Коэффициент для определения размера непол- ной оплаты медицинской помощи	Коэффициент для определения размера штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	0,3	
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	0,3	
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	0,3	
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	1,0	
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	3,0	
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска	1,0	

	возникновения нового заболевания;		
13.2.	Повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).		3,0
14.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0
15.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0,5	0,5

Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения

2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».		1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,5
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,5
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,5
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,5

2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		0,5
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		0,5
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0
2.4.	Отсутствие в медицинских организациях на информационных стенах следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,5
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,5
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		0,5
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		0,5
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		0,5
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп		0,5

	населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи

3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	0,4	
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения,	0,9	1,0

	оформленного в установленном порядке);		
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:		
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	0,4	
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5	
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	0,5	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном	0,7	0,3

	объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.		
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	1,0	
3.11.	Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятогенного заболевания).	0,9	1,0
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удороожанию лечения.	0,3	
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных	1,0	

	причин.		
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	0,1	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление истории болезни с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания).	0,9	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0
4.6.1.	Некорректное применение тарифа по клинико-статистической группе, требующее его замены по результатам экспертизы.		

Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов

5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:	
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0

5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	1,0	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.)	1,0	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ	1,0	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	1,0	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС.	1,0	

5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы.	1,0	
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении.	1,0	-
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	1,0	-

5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	
5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	1,0	
5.7.5.	<p>Включения в реестр счетов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях). 	1,0	
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	

".

Дополнительное соглашение № 2 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год
СОГЛАСОВАНО 19.05.2016 г. сторонами:

Минздрав Чеченской Республики

Э.А. Сулейманов

А.Ш. Тапаев

Ассоциация



Чеченской Республики

Д.Ш. Абдулазизов



Профсоюз

С.А. Магомедов



К. Батукаев