

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 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 и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 №200 «Об установлении требований к структуре тарифного соглашения».

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» и постановления Правительства Чеченской Республики от 29.12.2015г. №266 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республикена 2016 год».

Предметом тарифного соглашения является применение установленных способов оплаты медицинской помощи, размера тарифов на оплату медицинской помощи в зависимости от условий 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.

Настоящее тарифное соглашение заключено между Министерством здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Ахмадова Ш.С. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице директора Абдулазизова Д.Ш. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховой медицинской организации 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).

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

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

2.1.2. При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях единицей объема следует считать посещение с профилактическими и иными целями, стоимость которого складывается с учетом содержащихся в нем количества условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ), а также обращение по поводу заболевания.

Учет объемов стоматологической 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 15 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.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях применяется способ оплаты - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе 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. Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре при нахождении на лечении менее установленной длительности по соответствующей клинико-статистической группе (далее - КСГ) (преждевременная выписка, перевод в другую медицинскую организацию, летальный исход) осуществляется за фактическое количество проведенных пациентом койко-дней. Расчет стоимости прерванного случая лечения осуществляется путем деления тарифа законченного случая лечения заболевания на установленную длительность лечения по соответствующей КСГ и произведения полученного результата на количество, фактически проведенных пациентом койко-дней в стационаре (за исключением случаев, оговоренных в пункте 5.4. раздела 5.«Заключительные положения»).

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, применяется способ оплаты - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

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

2.3.3. Оплата прерванного случая лечения пациента в дневном стационаре при нахождении на лечении менее установленной длительности по КСГ (преждевременная выписка, перевод в другую медицинскую организацию, летальный исход) осуществляется за фактическое количество проведенных пациентом пациенто-дней. Расчет стоимости прерванного случая лечения осуществляется путем деления тарифа законченного случая лечения заболевания на установленную длительность лечения по соответствующей КСГ и произведения полученного результата на количество, фактически проведенных пациентом пациенто-дней в дневном стационаре.

2.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

2.4.1. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) применяется способ - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, представлен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.3. Перечень медицинских услуг скорой медицинской помощи, оказываемых вне медицинской организации и оплачиваемых по отдельным тарифам представлен в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования 2016 года составляет 3 090,0 рублей.

3.1.2. Тарифы на оплату единиц объема амбулаторной медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые также для осуществления межтерриториальных расчетов представлены в приложениях 2 - 6.

Тарифы на оплату медицинской помощи по гемодиализу в амбулаторных условиях представлены в приложении № 10.

3.1.3. Размер подушевого норматива финансирования определяется в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу.

3.1.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива определяются в установленном порядке.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационара.

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно

застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования 2016 года составляет 3 927,4 рублей.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ, клинико-профильных групп (далее - КПП) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КПП) представлен в приложении № 12.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (КПП) составляет 22 815,3 руб.

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ (КПП), установленные в Чеченской Республике (коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, управленческий коэффициент и коэффициент сложности лечения пациента) представлены в приложении № 14.

3.2.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях представлены в приложении № 8.

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

3.2.7. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в приложении № 11.

3.2.8. Тарифы, указанные в пунктах 3.2.5., 3.2.6. и 3.2.7. применяются, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 685,8 руб.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ (КПП) в условиях дневных стационаров всех типов с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КПП) представлен в приложении № 13.

3.3.3. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневных стационаров всех типов, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в приложении № 9.

3.3.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (КПП) в условиях дневных стационаров всех типов, составляет 11 430,0 руб.

3.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 524,3 рубля.

3.4.2. Формирование размера подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи осуществляется в установленном порядке.

3.4.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи формируются в установленном порядке.

3.4.4. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, тромболизис), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов представлены в приложении № 7.

3.5. Структура тарифа на оплату медицинской помощи.

3.5.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Чеченской Республики и в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества устанавливается расчётным путем по итогам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на дату оказания или отказа в оказании медицинской помощи.

4.2. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}}$$

где:

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

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденном приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230) (далее - Перечень оснований):

Размер $K_{\text{но}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

4.3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{\text{шт}}$ - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{\text{шт}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

Расшифровка Перечня оснований приводится в приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2016 года.

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

5.3. Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам оплачивается по тарифам, представленным в приложении № 10 за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе в части приобретения расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

5.4. В рамках настоящего Тарифного соглашения осуществляется оплата случаев медицинской помощи, оказанных в стационарных условиях, в полном объеме независимо от фактической длительности лечения по следующим КСГ:

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
83	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
84	Комплексное лечение заболеваний нервной системы с применением препаратов иммуноглобулина
97	Сотрясение головного мозга
140	Лекарственная терапия злокачественных новообразований с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
148	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
149	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
153	Ремонт и замена речевого процессора
154	Операции на органе зрения (уровень 1)
155	Операции на органе зрения (уровень 2)
179	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
200	Отравления и другие воздействия внешних причин (уровень 1)
252	Доброкачественные новообразования, новообразования insitu кожи, жировой ткани
281	Операции на органах полости рта (уровень 1)
295	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
299	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

СОГЛАСОВАНО: 30 декабря 2015 года

Минздрав Чеченской Республики
Ш.С. Ахмадов

ТОФМС Чеченской Республики
Д.Ш. Абдулазизов

СМО

А.Ш. Тапаев

Ассоциация

С.А. Магоматов

Профсоюз

М.К. Багукаев