

**Дополнительное соглашение № 1
к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского
страхования Чеченской Республики на 2022 год**

Министерством здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Байсултанова И.Х. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице первого заместителя директора Алханова А.Р. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховой медицинской организацией АО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице временно исполняющего обязанности исполнительного директора Тапаева Л-А.Л. (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», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397 «Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения», в редакции изменений от 14.01.2022 №11н (далее – Требования), в соответствии с Заключением Федерального фонда обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования от 25.02.2022 №00-10-26-2-06/1865, заключили настоящее дополнительное соглашение по внесению ниже изложенных изменений в тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2022 год:

1. В раздел 2. «Способы оплаты медицинской помощи» внести изменения следующего содержания:

1.1. в подпункте б) пункта 2.1.1. подраздела 2.1. «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» абзац пятый изложить в новой редакции следующего содержания:

«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)»;

1.2. в подраздел 2.2. «Способы оплаты и основные подходы к оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по КСГ» внести следующие изменения:

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

«При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, 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);

- 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, летального исхода, 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 №5 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 №2505.»;

1.2.2. 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 клинико-статистические группы заболеваний);

- 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, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению №5 Программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 №2505.»;

1.2.3. в пункте 2.2.5. последний абзац «-услуг диализа, включающих различные методы.» удалить.

1.3. Пункт 2.3.1. подраздела 2.3. «**Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**» изложить в новой редакции следующего содержания:

«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. Приложение № 35 «**Перечень медицинских организаций, для применения 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**» к Тарифному соглашению на 2022 год изложить в новой редакции согласно приложению №1 к настоящему дополнительному соглашению.

3. Приложение №38 «**Целевые показатели результативности деятельности медицинских организаций**» и приложение №39 «**Порядок оплаты с применением показателей результативности деятельности медицинских организаций**» изложить в новой редакции согласно приложениям №2 и №3 (соответственно) к настоящему дополнительному соглашению.

Подведение итогов достижения показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации, в которых оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, осуществляется Территориальным фондом ОМС с 1 апреля 2022 года по итогам каждого квартала (начиная со второго квартала 2022 года), с дальнейшим доведением до СМО.

4. В приложении № 25а «**Перечень КСГ в стационарных условиях, при оплате которых не применяется коэффициент уровня медицинской организации**» к Тарифному соглашению на 2022 год, удалить следующие строки:

st12.015	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1)
----------	--

st12.016	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)
st12.017	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3)
st12.018	Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4)
st12.019	Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)

5. В приложении №13 «ПЕРЕЧЕНЬ групп заболеваний (КСГ), состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях круглосуточного стационара на 2022 год», в приложении №13а «ПЕРЕЧЕНЬ групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях круглосуточного стационара», а также в приложении № 16 к Тарифному соглашению на 2022 год «Тарифы по стационарной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики на 2022 год» удалить КСГ по нижеуказанным строкам:

st36.020	360	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 1)
st36.021	361	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 2)
st36.022	362	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 3)
st36.023	363	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций) (уровень 4)

5.1. В указанных выше приложениях №13, №13а и № 16 в сносках таблиц, приведенных к этим приложениям долю заработной платы и прочих расходов в структуре тарифа на оказание медицинской помощи, связанной с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов вместо указанных: «уровень 1 – 10,40%, уровень 2 – 5,60%, уровень 3 – 1,71%», считать: уровень 1 – 32,68%, уровень 2 – 18,82%, уровень 3 – 6,0%.

5.1.1. Пункт 3.2.6. подраздела 3.2. «Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара» Тарифного соглашения на 2022 год дополнить абзацем следующего содержания:

«Коэффициент уровня медицинской организации (КУСМО) не применяется к медицинской помощи по заболеваниям новой коронавирусной инфекцией, оказанной в условиях круглосуточного стационара, по следующим КСГ: st12.015 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 1), st12.016 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2), st12.017 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 3), st12.018 Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 4), st12.019 Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)».

5.2. В приложении №17 «ПЕРЕЧЕНЬ групп заболеваний (КСГ), состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара», в приложении №17а «ПЕРЕЧЕНЬ групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях

дневного стационара», а также в приложении № 18 к Тарифному соглашению на 2022 год «Тарифы по медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики на 2022 год» удалить КСГ по нижеуказанной строке:

ds36.011	159	Оказание услуг диализа (только для федеральных медицинских организаций)
----------	-----	---

5.3. В указанных выше приложениях №17, №17а и № 18 в сносках таблиц, приведенных к этим приложениям долю заработной платы и прочих расходов в структуре тарифа на оказание медицинской помощи, связанной с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов вместо указанных: «уровень 1 – 2,20%, уровень 2 – 5,35%, уровень 3 – 9,40%», считать: уровень 1 – 5,85%, уровень 2 – 5,43%, уровень 3 – 8,94%.

6. В пункте 3.1.11. подраздела 3.1. «**Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**» после шестого абзаца «-для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 жителей - 2708,86 тыс. рублей.», добавить новый абзац следующего содержания: «В рамках настоящего тарифного соглашения коэффициент уровня для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов принимается в значении 1.».

7. В пункте 3.2.12. «Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара» подраздела 3.2. «**Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара**», абзац 11-й «При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ по основаниям 2-6 пункта 3.2.11. настоящего раздела (в соответствии с пунктом 4.3. Методических рекомендаций), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.» изложить в новой редакции следующего содержания: «При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 2-10 пункта 3.2.13. настоящего раздела (в соответствии с пунктом 4.3. Методических рекомендаций), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.».

8. Приложение №25 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2022 год «**Коэффициенты уровня, применяемые в рамках Тарифного соглашения в системе ОМС Чеченской Республики в 2022 году (при оказании стационарной медицинской помощи)**» изложить в новой редакции согласно приложению №4 к настоящему дополнительному соглашению.

9. Раздел 4. «**Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**» Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2022 год изложить в новой редакции, следующего содержания:

«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 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 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 организации и проведения контроля.

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

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

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

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

$K_{\text{но}}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи приведены в приложении № 5 к Правилам ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. №108н, в редакции изменений.

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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

$$C_{\text{шт}}=PP \times K_{\text{шт}}, \quad \text{где:}$$

$C_{шт}$ - размер штрафа 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, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, или подушевой норматив финансирования, который составляет на 2022 год:

- по амбулаторной помощи, всего, включая реабилитацию – 4 548,42 руб.,
- в условиях круглосуточного стационара всего, включая ВМП - 5992,78 руб.,
- в условиях дневного стационара - 1384,09 руб.,
- по скорой медицинской помощи - 819,31 руб.

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в приложении № 5 к Правилам ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. №108н. в редакции изменений.

10. Приложение №22 «Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленные Тарифным соглашением в системе ОМС Чеченской Республики на 2022 год» к Тарифному соглашению на 2022 год считать утратившим силу.

11. В приложение №31 «ТАРИФЫ на отдельные лечебно-диагностические услуги для применения в 2022 году в рамках межучрежденческих взаиморасчетов» к Тарифному соглашению на 2022 год ввести дополнительные позиции по услугам на тестирование методом ПЦР и изложить в новой редакции, согласно приложению №5 к настоящему дополнительному соглашению. Эти изменения вносятся в рамках совместного письма Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 16.02.2022 №1/И/2-2518 и №00-10-10-04/1283.

12. Приложение №32 «Порядок проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями» к Тарифному соглашению на 2022 год изложить в

новой редакции, согласно приложению №6 к настоящему дополнительному соглашению.

13. В приложении №5 к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2022 год считать утратившими силу и не действующими:

- нижеследующие строки таблицы 1:

26.	Реабилитация в условиях поликлиники (законченный случай)	x	x	4230,80	5184,329
27.	Реабилитация в условиях поликлиники (незаконченный случай)	x	x	2955,30	3908,825
28.	Реабилитация в условиях поликлиники (завершающий этап незаконченного случая)	x	x	1488,09	1275,50

- нижеследующие строки таблицы 2:

26.	Реабилитация в условиях поликлиники (законченный случай)			0,22946	0,28117
27.	Реабилитация в условиях поликлиники (незаконченный случай)			0,16028	0,21199
28.	Реабилитация в условиях поликлиники (завершающий этап незаконченного случая)			0,08071	0,06918

14. Приложение №37 «Порядок применения мер к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» к Тарифному соглашению в системе ОМС Чеченской Республики на 2022 год считать утратившим силу.

СОГЛАСОВАНО: «28» 03 2022 года

Минздрав Чеченской Республики


И.Х. Байсултанов

СМО


Л.-А.Д. Тапаев

Профсоюз


М.М. Батукаева

ТФОМС Чеченской Республики


А.Р. Алханов

Медицинская палата


Р.А. Бартиев