

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

## **в системе обязательного медицинского страхования**

### **Чеченской Республики на 2022 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 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», с учетом изменений, внесенных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.01. 2022 №11н (далее – Требования).

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 №2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики от 30.12.2021 года №348 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее - Территориальная программа), включающая в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС).

Разработка и формирование Тарифного соглашения выполнено 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 (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 всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории Чеченской Республики, оплачивающих медицинскую помощь в рамках 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 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 в территориальной программе ОМС на 2022 год.

Настоящее Тарифное соглашение заключено между 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).

## **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:

- а) 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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;
- 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;

- 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;»;

- углубленной диспансеризации

в) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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 за единицу объема медицинской помощи, приведен в приложении №12 к настоящему Тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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), приведен 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 и с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), приведен в приложении № 30 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.7. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение

которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

- обращение по заболеванию к кардиологу
- обращение по заболеванию к ревматологу
- обращение по заболеванию к педиатру
- обращение по заболеванию к терапевту
- обращение по заболеванию к эндокринологу
- обращение по заболеванию к аллергологу
- обращение по заболеванию к неврологу
- обращение по заболеванию к инфекционисту
- обращение по заболеванию к хирургу
- обращение по заболеванию к челюстно-лицевому хирургу
- обращение по заболеванию к урологу
- обращение по заболеванию к акушер-гинекологу
- обращение по заболеванию к оториноларингологу
- обращение по заболеванию к офтальмологу
- обращение по заболеванию к дерматологу
- обращение по заболеванию к гастроэнтерологу
- обращение по заболеванию к пульмонологу
- обращение по заболеванию к нефрологу
- обращение по заболеванию к гематологу
- обращение по заболеванию к травматологу
- обращение по заболеванию к нейрохирургу
- обращение по заболеванию к проктологу
- обращение по заболеванию к онкологу
- обращение по заболеванию к гериатру
- обращение по заболеванию к стоматологу
- посещение к кардиологу
- посещение к ревматологу
- посещение к педиатру
- посещение к терапевту
- посещение к эндокринологу
- посещение к аллергологу
- посещение к неврологу
- посещение к инфекционисту
- посещение к хирургу
- посещение к челюстно-лицевому хирургу
- посещение к урологу
- посещение к акушеру-гинекологу
- посещение к оториноларингологу
- посещение к офтальмологу
- посещение к дерматологу
- посещение к гастроэнтерологу
- посещение к пульмонологу
- посещение к нефрологу
- посещение к гематологу
- посещение к травматологу

- посещение к нейрохирургу
- посещение к проктологу
- посещение к онкологу
- посещение к гериатру
- посещение к стоматологу
- комплексное посещение в рамках профилактических медицинских осмотров
- комплексное посещение в рамках диспансеризации
- посещение в рамках диспансерного наблюдения

2.1.8. В соответствии с пунктом 2.11. «Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации» раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций, финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации), включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «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», и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Настоящим Тарифным соглашением установлены тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые в том числе, при межучрежденческих расчетах, дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования мобильных медицинских бригад для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

При этом, единицей объема оказанной медицинской помощи в рамках профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации является комплексное посещение.

2.1.9. Перечень единиц объема медицинской помощи, оплачиваемых по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу приведен в приложении № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.10. В соответствии с пунктом 2.12. «Подходы к оплате медицинской



помощи за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)», раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций, оплата проведения диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом, единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение.

2.1.11. Территориальной программой, в рамках территориальной программы ОМС, установлены нормативы объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров на 2022 год - 0,340 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований - 0,087 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, и нормативы финансовых затрат на 2022 год на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 2 015,9 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 2 492,5 рубля, включающие в себя расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

2.1.12. Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов и иных типов на 2022 год в рамках настоящего Тарифного соглашения установлено в соответствии с пунктом 2.10. раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций 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. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы ОМС в соответствии с Территориальной программой применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай госпитализации по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний, которые приведены в приложении №13 с отражением коэффициентов относительной затратноемкости, а также в приложении №20 по ВМП, настоящего Тарифного соглашения);

- 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 круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, определенным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенным в приложении №34 настоящего Тарифного соглашения, в соответствии с Территориальной программой.

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 в рамках территориальной программы ОМС в соответствии с Территориальной программой применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний, которые приведены в приложениях №17 настоящего Тарифного соглашения с отражением коэффициентов относительной затратоемкости);

- 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 круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которых медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам

заболеваний, состояний, определенным перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенным в приложении №34 настоящего Тарифного соглашения, в соответствии с Территориальной программой.

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 по КСГ в стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в территориальную программу ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, на которые Территориальной 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, для которых Территориальной программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, 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), исключены 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 по КСГ применяются расшифровка групп в соответствии с МКБ -10 и Номенклатурой, направленные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в электронном виде.

Расшифровка КСГ по МКБ -10 по стационарной медицинской помощи приведена в приложении №13а, а по дневному стационару – в приложении №17а 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 приложении 11 к Методическим рекомендациям).

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.

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 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 к постановлению Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 №2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов». 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 2022 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) применяется способ оплаты - по подушевому нормативу финансирования.

2.3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, представлен в приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.3. Перечень медицинских услуг по скорой медицинской помощи, оплачиваемых по отдельным тарифам (применяются, в том числе при

межтерриториальных расчетах), представлен в приложении №2 к настоящему Тарифному соглашению.

### 3. Тарифы 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 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Тарифы формируются с учетом 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.

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 2022 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 6 554 980 646,04 рубля. Расчет выполнен по следующей формуле:

$$ОСАМБ = (Н_{ПРОФ} \times НФ_{ПРОФ} + Н_{ОЗ} \times НФ_{ОЗ} + Н_{НЕОТЛ} \times НФ_{НЕОТЛ} + Н_{МЕДРЕАБ} \times НФ_{МЕДРЕАБ}) \times Ч_3 - ОС_{МТР} \quad \text{где:}$$

- ОСАМБ** — объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, рублей;
- Н<sub>ПРОФ</sub>** — средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в рамках территориальной программы ОМС, посещений;
- Н<sub>ОЗ</sub>** — средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный в рамках территориальной программы ОМС, обращений;

НОмедреаб	средний норматив объема по медицинской реабилитации в в рамках территориальной программы ОМС в амбулаторных условиях;
НОнеотл	средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный в рамках территориальной программы ОМС, посещений;
НФЗпроф	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, в рамках территориальной программы ОМС, рублей;
НФЗоз	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный в рамках территориальной программы ОМС, рублей;
НФмедреаб	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по медицинской реабилитации в рамках территориальной программы ОМС;
НФЗнеотл	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный в рамках территориальной программы ОМС, рублей;
Чз	численность застрахованного населения Чеченской Республики, человек.
ОСмтр	объем средств на оплату амбулаторной медицинской помощи оказанной в других субъектах РФ лицам, застрахованным в Чеченской Республике.

3.1.2 На основе расчетов, выполненных в соответствии с пунктом 3.1.1 установлен размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях ( $FO_{CP}^{AMB}$ ), предусмотренный Требованиями, путем деления  $OC_{AMB}$  на численность застрахованного населения Чеченской Республики  $FO_{CP}^{AMB} = OC_{AMB} / Чз$ , который составил: 4 548,42 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

Расчет размера среднего подушевого норматива финансирования, базового подушевого норматива и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

3.1.3 Определено значение «базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключая влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, по

подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по профилям «Акушерство и гинекология» и «Стоматология», стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5 процентов от среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц)» (далее – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи), по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left( \frac{ОС_{ПНФ-проф}}{Ч_3 \times КД} \right) \times (1 - Рез), \text{ который составил - 1284,196 рублей в год}$$

где:

ПН <sub>БАЗ</sub>	базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей;
ОС <sub>ПНФ-проф</sub>	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), рублей;
Рез	доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере не менее 0,05 и не более 0,1);
КД	единица дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

Средний подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц для расчета объема средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций (2 221,14963руб.), рассчитан по формуле:

$$ФО_{СР(РЕЗ)}^{АМБ} = \frac{ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{СУД} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

ОС <sub>ФАП</sub>	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;
ОС <sub>ИССЛЕД</sub>	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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

ОС<sub>уд</sub> объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

ОС<sub>НЕОТЛ</sub> объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);

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, рублей.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (за исключением средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС (ОС<sub>ПНФ-проф</sub>), рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ-проф} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{уд} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП},$$

где:

ОС<sub>ФАП</sub> 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<sub>ИССЛЕД</sub> 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<sub>уд</sub> объем средств, направляемых на оплату углубленной диспансеризации 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 (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);
- ОС<sub>ео</sub> объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;
- ОС<sub>по</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 (за исключением углубленной диспансеризации), рублей

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

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, учитывающий также половозрастной состав населения в виде половозрастных коэффициентов дифференциации.

В соответствии с Требованиями применение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывает следующее:

1) уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения (далее – КС<sub>заб</sub>);

2) наличие 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 (далее – КД<sub>от</sub>); (рассчитаны в соответствии с пунктом 3.1.6. настоящего раздела и пунктом 2.5 раздела II. Методических

рекомендаций);

3) проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц (далее – КС<sub>проф</sub>) (рассчитан в соответствии с пунктом 3.1.10. настоящего раздела и пунктом 2.8. раздела II. Методических рекомендаций);

3.1.5. Расчет коэффициентов, учитывающих половозрастной состав прикрепленного населения, выполнен в соответствии с пунктом 2.4. «Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации» раздела II. «Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц» Методических рекомендаций:

Дети 0-1 года		Дети 1-4 года		Дети 5-17 лет		18-64 лет		65 лет и старше	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,78030	0,75153	0,85091	0,85129	0,96414	0,93010	0,64287	1,42723	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 не менее 1,6. Указанный коэффициент соответствует Методическим рекомендациям.

Структура прикрепленного населения медицинских организаций соответствует структуре населения в целом по Чеченской Республике.

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.

3.1.6. При расчете стоимости медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях и их подразделениях, расположенных в сельской местности, отдаленных 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 К<sub>Дот</sub>, к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц установлены коэффициенты

дифференциации ( $K_{\text{ДОТ}}$ ): 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).

Перечень медицинских организаций и диапазон численности обслуживаемых застрахованных лиц, для применения коэффициента дифференциации ( $K_{\text{ДОТ}}$ ) 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, представлен в приложении №35 к настоящему Тарифному соглашению.

В медицинских организациях, в которых отдельные подразделения, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации  $K_{\text{ДОТ}}$ , объем направляемых финансовых средств рассчитан исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$K_{\text{ДОТ}}^i = (1 - \sum D_{\text{ОТ}j}) + \sum (K_{\text{ДОТ}j} \times D_{\text{ОТ}j}), \text{ где}$$

$K_{\text{ДОТ}}^i$  коэффициент 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.

$D_{\text{ОТ}j}$  доля населения, обслуживаемая подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

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

3.1.7. Тарифным соглашением  $K_{\text{УМО}}$  для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, принимается равным 1.

3.1.8. На основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитаны дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, не включающих средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации по следующей формуле:

$$ДП_{\text{Н}}^i = ПН_{\text{БАЗ}} \times КС_{\text{заб}}^i \times K_{\text{ДОТ}}^i \times K_{\text{УМО}}^i \times K_{\text{Д}}^i,$$

где

$ДП_{\text{Н}}^i$  дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той медицинской



организации, рублей;

- $КС_{заб}^i$  коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения для  $i$ -той медицинской организации;
- $КД_{от}^i$  коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие 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, для  $i$ -той медицинской организации;
- $КУ_{МО}^i$  коэффициент уровня  $i$ -той медицинской организации (в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0);
- $КД^i$  коэффициент дифференциации  $i$ -той медицинской организации (его значение на территории Чеченской Республики принимается за 1,0).

3.1.9. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования рассчитаны с учетом объемов средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), распределенных для медицинской организации, с применением следующего коэффициента специфики по следующей формуле:

$$КС_{проф}^i = \frac{ОС_{проф}^i + ОС_{ПНФ-проф}^i}{ОС_{ПНФ-проф}^i}, \text{ где:}$$

$КС_{проф}^i$  – коэффициент уровня оказания медицинской помощи, учитывающий объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), для  $i$ -той медицинской организации;

$ОС_{проф}^i$  – общий объем средств на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (за исключением углубленной диспансеризации), порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами, распределенный для  $i$ -той медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$ОС_{ПНФ-проф}^i$  – объем средств на оплату медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, за исключением  $ОС_{проф}^i$ , рублей.

3.1.10. Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:  $ФДП_{Н}^i = ДП_{Н}^i \times ПК \times КС_{проф}^i$ ,

где:

ФДП<sub>Н</sub><sup>і</sup> фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для і-той медицинской организации, рублей.  
ПК – поправочный коэффициент принят в значении 1,0.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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

Финансирование МО осуществляется по фактическим дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициентов, приведенных в приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, установленные настоящим Тарифным соглашением для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, рассчитаны для каждой медицинской организации в соответствии с Методическими рекомендациями с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих половозрастной состав обслуживаемого населения, наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч, расходов на содержание медицинских организаций и оплату труда персонала, проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

3.1.11. Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, 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 2022 год:

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей, - 1087,70 тыс. рублей;  
для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей - 1723,10 тыс. рублей;  
для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей - 1 934,90 тыс. рублей.

В соответствии с территориальной программой ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, при расчете финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, а также иных типов не соответствующих требованиям, установленным Приказом №543н, принимается понижающий коэффициент в

размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей. В рамках настоящего Тарифного соглашения таких фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов нет. В рамках настоящего Тарифного соглашения для фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей применен повышающий коэффициент в размере 1,4 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей:

- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 жителей - 2708,86 тыс. рублей.

Установленные, в рамках настоящего Тарифного соглашения, размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов 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 2022 год установлены базовые нормативы финансовых затрат (в расчете на год) на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов соответствующих требованиям Приказа №543н и обслуживающих:

- от 100 до 900 жителей в размере 1087700 рублей;
- от 900 до 1500 жителей в размере 1723100 рублей;
- от 1500 до 2000 жителей в размере 1934900 рублей;
- более 2000 жителей в размере 2708860 рублей.

В этом же приложении №28 к вышеприведенным базовым нормативам финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов 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 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n \left( Ч_{\text{ФАП}}^n \times \text{БНФ}_{\text{ФАП}}^n \times \text{КС}_{\text{БНФ}}^n \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$  размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в  $i$ -той медицинской организации;

$Ч_{\text{ФАП}}^n$  число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов  $n$ -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 - фельдшерских,

фельдшерско-акушерских пунктов n-го типа;

$КС_{\text{БНФ}}^n$  коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения соответствует требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению значение коэффициента равно 1).

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

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

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

$ОС_{\text{ФАП}}^j$  фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$ОС_{\text{ФАП}_{\text{нг}}}^j$  размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта 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 фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

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:

$$\text{ФО}_{\text{ФАКТ}} = \sum (O_{\text{МП}} \times T),$$

где:

$\text{ФО}_{\text{ФАКТ}}$  фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$O_{\text{МП}}$  фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений), оплачиваемой за

единицу объема медицинской помощи;

Т 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 2022 год.

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

Тарифы на профилактические осмотры и проведение диспансеризации (приложение №8 и приложение №9 настоящего Тарифного соглашения) дифференцированы в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования мобильных медицинских бригад для проведения профилактических осмотров и диспансеризации. При этом расчет тарифов на единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) при оплате профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (применяемые в том числе при межтерриториальных и межучрежденческих расчетах), осуществлен 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 2022 год.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии 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 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) дифференцированы и установлены размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания по видам медицинской помощи,



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 2022 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 (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые также при осуществлении межтерриториальных расчетов, представлены в приложениях к тарифному соглашению № 5 - 9, тарифы на диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных(удочеренных), принятых под опеку(попечительство), в приемную или патронатную семью, а также пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (на законченный случай лечения) на 2022 год представлены в приложении к тарифному соглашению №21 (применяются, в том числе при 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 осуществляется дифференцированно в том числе в зависимости от:

- состояния пациента по ШРМ (1-3 балла);
- заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация (например, медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, кардиореабилитация, медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19);

- медицинского персонала, проводящего медицинскую реабилитацию (средний врачебный персонал, мультидисциплинарная реабилитационная команда, и т.д.).

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

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.

Объем средств, полученных медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», определяется по формуле:

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

$ОС_{MPi}^{AMB}$  – 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.

3.1.15. Виды медицинских услуг, не включенные в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу:

- посещение - оказание медпомощи в приемном отделении стационара при условии наблюдения за пациентом до 6 часов после проведения лечебно-диагностических мероприятий;

- посещение по амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

- услуги диализа;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой в части базовой программы обязательного медицинского страхования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного)

материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19);

- углубленная диспансеризация;
- объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

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 при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС:

- первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи - посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением расходов на:

- посещения - оказание медпомощи в приемном отделении стационара при условии наблюдения за пациентом до 6 часов после проведения лечебно-диагностических мероприятий;

- посещения по амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме;

- услуги диализа;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой в части базовой программы обязательного медицинского страхования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-биологические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19);

- углубленную диспансеризацию;

- финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских

пунктов в соответствии с установленными в рамках территориальной программы ОМС размерами финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов;

- финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.1.18. При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами (комплексное посещение в рамках диспансеризации взрослых, комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых, комплексное посещение в рамках профилактического медицинского осмотра взрослых в год прохождения диспансеризации) тарифы рассчитаны с применением повышающих коэффициентов в размере 1,05, которые представлены в таблицах 1 и 2 приложения №9 к тарифному соглашению.

При оказании медицинской помощи для проведения комплексного посещения по диспансеризации взрослых, комплексного посещения профилактического медицинского осмотра взрослых, комплексного посещения профилактического медицинского осмотра взрослых в год прохождения диспансеризации в выходные дни тарифы рассчитаны с применением повышающего коэффициента в размере 1,05, которые представлены в таблицах 1 и 2 приложения 9 к тарифному соглашению.

Тарифы на исследования и медицинские вмешательства, проводимые в рамках углубленной диспансеризации представлены в таблице 6 приложения № 9 настоящего Тарифного соглашения.

3.1.19. Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется следующим образом:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = OC_{\text{ДС}}^i + \Phi ДП_{\text{Н}}^i \times \chi_3^i + OC_{\text{ФАП}}^i + OC_{\text{ИССЛЕД}}^i + OC_{\text{НЕОТЛ}}^i + OC_{\text{ЕО}}^i, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$  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-биологических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного



(операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) в  $i$ -той медицинской организации, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19) 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.

3.1.20. При оплате медицинской помощи 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) 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 составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$OC_{\text{ПН}} = \text{ФДП}_{\text{Н}}^i \times \text{Ч}_3^i + OC_{\text{РД}}, \text{ где:}$$

$OC_{\text{ПН}}$  финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$OC_{\text{РД}}$  объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежемесячно, и, при необходимости, может



осуществляться по итогам квартала, полугодия, года по показателям, которым соответствует данный период оценки.

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, от общего объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (включая расходы на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации) является единой для всех медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых оплачивается по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц и составляет в рамках настоящего Тарифного соглашения в размере 5%.

Целевые показатели результативности деятельности медицинских организаций и Порядок оплаты с применением показателей результативности деятельности медицинских организаций отражены в приложениях №38 и №39 настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы, указанные в пунктах 3.1.5. и 3.1.6. применяются в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

3.1.21. 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;

В соответствии с Территориальной программой подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включен в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи, 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.

Расходы по оплате медицинской помощи, оказанной с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в соответствии с пунктом 2.16. Методических рекомендаций «Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», а в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – эти расходы включены в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учитываются путем применения повышающего коэффициента при расчете коэффициента уровня медицинской организации, применяемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, в рамках приложения №11 к настоящему Тарифному соглашению:

Показатель объема медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования), %	Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня медицинской организации
1%	1,01

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.

3.1.22. Тарифным соглашением в системе ОМС Чеченской Республики на 2022 год установлены, приложением № 40 «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».

### **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:

$$\Phi O_{MO} = \sum SS_{КСГ}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{MO}$  размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$SS_{КСГ}$  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 2022 год, определенный на основе

нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет - 5992,78 рублей (без учета финансового обеспечения объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам Чеченской Республики медицинскими организациями других субъектов Российской Федерации в рамках межтерриториальных расчетов).

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ (клинико-статистические группы), с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ представлен в приложениях №13 и №13а.

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 затратно-емкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного законченного случая госпитализации в стационаре (СС<sub>КСГ</sub>) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Территориальной программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.9 Методических рекомендаций), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times (КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + КСЛП), \text{ где:}$$

- БС базовая ставка, рублей;
- КЗ<sub>КСГ</sub> коэффициент относительной затратно-емкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- 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 медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- 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».

Данный коэффициент на территории Чеченской Республики не установлен и его значение принимается в размере 1,0.

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Коэффициент относительной затратноёмкости (КЗ<sub>кст</sub>) установлен на федеральном уровне для каждой КСГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (также в условиях дневного стационара) и не может быть изменен при установлении территориальных тарифов.

Коэффициенты уровня (КУС<sub>мо</sub>), установленные для медицинских организаций на 2022 год в рамках настоящего Тарифного соглашения, представлены в приложении №25.

Коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1.

Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) 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)
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

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

### 3.2.5. Расчет размера базовой ставки и коэффициента приведения

Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств (ОС), предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (также и в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ;
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ - (СПК).

Размер базовой ставки в рамках настоящего Тарифного соглашения рассчитан по формуле:

$$БС = \frac{ОС - О_{слп}}{Ч_{сл} \times СПК \times КД}$$

- СПК в расчетах базовой ставки в условиях круглосуточного стационара (также в условиях дневного стационара) на 2022 год принят в размере 1,2 (в соответствии с пунктом 3.1. Методических рекомендаций).

ОС- объем средств в стационарных условиях по медицинской помощи, оплачиваемой по КСГ в 2022 году, который рассчитан в соответствии с пунктом 2.2.6

раздела 2. «Способы оплаты медицинской помощи» настоящего Тарифного соглашения.

- Чсл = число случаев



- КД - коэффициент дифференциации на территории Чеченской Республики не установлен и его значение принимается за 1.
- Ослп - сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в стоимость законченного (прерванного) случая лечения заболевания, которая рассчитана по следующей формуле:

$$O_{\text{слп}} = \sum \left( C_{\text{КСГ}} - \frac{C_{\text{КСГ}}}{\text{КСЛП}_i} \right)$$

где:

$C_{\text{КСГ}}$  – стоимость i-го случая лечения, оплаченного по КСГ (с учетом применения КСЛП в 2021 году);

$\text{КСЛП}_i$  – размер КСЛП, примененный при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2021 году.

Размер базовой ставки, рассчитанный по выше приведенной формуле, составляет в круглосуточном стационаре – 28 817,63 руб.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки осуществляется в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных, не чаще одного раза в квартал. Расчет базовой ставки выполнен отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Базовая ставка в стационарных условиях установлена в размере 77,23% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленных территориальной программой ОМС Чеченской Республики на 2022 год.

Коэффициент приведения (КП) среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратноемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациента, установленный настоящим Тарифным соглашением, рассчитан по следующей формуле:

$$\text{КП} = \frac{\text{БС} \times \text{КД}}{\text{НФЗ}}, = 28\,817,63 \times 1,0 / 37\,314,5 = 0,772290$$

где:

НФЗ – норматив финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленный территориальной программой ОМС, рублей.

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):

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации «(структурного подразделения)» первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или)

специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации «(структурного подразделения)» второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации «(структурного подразделения)» третьего уровня применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими 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, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

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.

3.2.7. Тарифным соглашением в системе ОМС Чеченской Республики на 2022 год при оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного

стационара к отдельным случаям медицинской помощи установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП), который применяется 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 отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных приложением №24 Тарифного соглашения, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

3.2.8. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях в разрезе КСГ представлены в приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению (в том числе, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики)

Стоимость законченного случая (ССксг) 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:

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

КЗксг - коэффициенты относительной затратно-емкости в разрезе каждой КСГ;

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

- коэффициент уровня медицинской организации (КУСмо) – в соответствии с приложением №25 к настоящему Тарифному соглашению;

- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) – 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 (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 (в составе тарифа) применяется коэффициент дифференциации 1,0. Доля 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, приведена в приложении № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.11. Тарифы, указанные в пунктах 3.2.6., 3.2.7. и 3.2.8. применяются, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

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

В соответствии с Территориальной программой (приложение №8) и Методическими рекомендациями (пункт 4.1. раздела 4.) к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи 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 лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа 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 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, установленным в приложения № 34 настоящего Тарифного соглашения.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

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.

Приложением №34 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в приложении №34, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям 1-6 и 8, 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.

В приложении №27 к настоящему Тарифному соглашению 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, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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, являющиеся прерванными по основанию 7, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

3.2.13. 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;

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 мембранной 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:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 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. Проведение диализа.

Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)», без основной КСГ не допускается.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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), разовая доза 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 Группировщике, 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 1-6.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) 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).

### **3.3. 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:  $FO_{MO} = \sum CC_{КСГ}$ , где:

$FO_{MO}$  размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

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

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

$CC_{КСГ} = BC \times KD \times (KZ_{КСГ} \times KC_{КСГ} \times KUC_{MO} + KСЛП)$ , где:

$BC$  базовая ставка, рублей;

$KZ_{КСГ}$  коэффициент относительной затратноемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

$KC_{КСГ}$  коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ – настоящим Тарифным соглашением не установлен и принимается в значении 1);

$KUC_{MO}$  коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент – принимается в значении 1;

$KD$  коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 - на территории Чеченской Республики не установлен и принимается в значении 1;

$KСЛП$  коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) – принимается в значении 0.

Коэффициент относительной затратноемкости ( $KZ_{КСГ}$ ) 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 2022 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), составляет – 1384,09 рублей.

3.3.2. Размер базовой ставки определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС);
- общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ - (СПК).

Размер базовой ставки рассчитан по формуле:  $БС = ОС / (Чсл \times СПК \times КД)$ ,

где: - ОС объем средств в условиях дневного стационара, рассчитанный в соответствии с пунктом 2.2.6. настоящего Тарифного соглашения;  
- СПК принят в размере 1,2. в соответствии с пунктом 3.1. «Размер базовой ставки и коэффициента приведения» Методических рекомендаций, Размер базовой ставки, законченного случая лечения, включенного в КСГ в условиях дневных стационаров всех типов, составляет - 17 158,90 рублей.

Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки осуществляется в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

Рассчитан коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-емкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара составляет 0,739841, который рассчитан по следующей формуле:

$$КП = БС \times КД / НФЗ = 17158,90 \times 1,0 / 23192,7 = 0,739841$$

- где: БС      размер базовой ставки законченного случая лечения, включенного в КСГ, рублей;  
КД      коэффициент дифференциации в соответствии с постановлением № 462 (принимается в значении 1,0).

Базовая ставка в условиях дневного стационара составила в размере 73,98% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленных территориальной программой ОМС Чеченской Республики.

Коэффициент уровня медицинских организаций для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, равен 1,0.

Коэффициент специфики для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, равен 1,0.

3.3.3. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневных стационаров всех типов (в том числе, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики), представлены в приложении №18

Стоимость законченного случая (ССксг) 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 стационарной медицинской помощи, приведенным в приложении №18, применяются следующие коэффициенты:

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

КЗксг - коэффициенты относительной затратно-емкости в разрезе каждой КСГ;

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

- коэффициент уровня медицинской организации (КУСмо) – в соответствии с приложением №25 к настоящему Тарифному соглашению;

- коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) – 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. 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 коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ представлен в приложениях № 17 и № 17а.



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

В соответствии с Методическими рекомендациями к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи 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 лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа 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 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, которые установлены в приложения № 34 настоящего Тарифного соглашения.

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, и не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности 2 не производится.

Приложением №34 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям 1-7) по КСГ, перечисленным в приложении №34, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию 8 и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

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.

В приложении №27 к настоящему Тарифному соглашению 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, не могут быть оплачены с применением вышеперечисленных размеров оплаты прерванных случаев (80% и 100%).

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, являющиеся прерванными по основанию 7, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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), разовая доза 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 Группировщике, 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 1-6.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) 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 соответствии с Методическими рекомендациями осуществляется оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, а также в условиях дневного стационара согласно ниже указанных пунктов Методических рекомендаций:**

- пункт 4.4. «Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту»;
- пункт 4.5. «Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»»;
- пункт 4.6. «Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа»;
- пункт 4.7. «Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»»;
- пункт 4.8. «Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»»;
- пункт 4.8.1. «Особенности оплаты случаев лечения пациентов в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях».
- пункт 4.9. «Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов».

**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, по следующей формуле:

$$ОС_{СМП} = (Н_{ОСМП} \times Н_{ФЗ_{СМП}}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}$$

ОС<sub>СМП</sub>

где:

ОС<sub>СМП</sub>      объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями,

участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, рублей;

- Носмп 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;
- Нфзсмп 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;
- ОС<sub>МТР</sub> 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;
- Ч<sub>з</sub> численность застрахованного населения Чеченской Республики, человек.

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

Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в расчете на 1 застрахованное лицо ( $\Phi O_{CP}^{СМП}$ ), рассчитанный в соответствии с вышеуказанным абзацем, составляет - 819,31 рублей на 1 застрахованного в 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:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{OС_{СМП} - OС_{В}}{Ч_{з} \times КД} = 817,31 \text{ рублей в год на 1 застрахованное лицо}$$

где:

- Пн<sub>БАЗ</sub> базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;
- ОС<sub>В</sub> объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам Чеченской Республики с оплатой за вызов, рублей;
- КД 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 год 817,31 рублей или 68,11 рублей в расчете на месяц.

В рамках территориальной программы ОМС в 2022 году в оказании скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики участвует одна медицинская организация. 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
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,21942	0,20137	0,83849	0,65942	0,30826	0,27161	0,73955	1,52676	2,06246	3,17364

3.5.4. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, тромболизис), 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, 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 в субъекте Российской Федерации, рассчитывается



дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:  
 $ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КС_{СМП}^i \times КД^i = 817,31 \times 1,0 \times 1,0 = 817,31$  рублей в год,

где:

$ДПн^i$  дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -той медицинской организации, рублей в год на 1 застрахованное лицо;

$КС_{СМП}^i$  коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи  $i$ -той медицинской организацией.

$КД^i$  коэффициент дифференциации  $i$ -той медицинской организации.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на территории Чеченской Республики в 2022 году равен базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, так как на территории всего одна медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь (коэффициенты  $КС_{СМП}^i$  и  $КД^i$  в рамках настоящего Тарифного соглашения приняты в значении 1,0).

3.5.7. В рамках настоящего Тарифного соглашения в значении 1,0 приняты нижеследующие коэффициенты (с учетом того, что на территории всего одна медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь):

$КУ_{МО}^i$  коэффициент дифференциации, учитывающий уровень  $i$ -той медицинской организации;

$КД_{ПН}$  коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности субъекта Российской Федерации;

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:  $ПК = \frac{Пн_{БАЗ} \times Ч_3 \times КД}{\sum_i (ДПн^i \times Ч_3^i)}$ ,  $ПК = 1,0$

где:

$Ч_3^i$  численность застрахованных лиц, обслуживаемых  $i$ -той медицинской организацией, человек (указанная численность равна численности застрахованного населения Чеченской Республики, т.е.  $Ч_3$ ).

3.5.8. Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (ФДПн) рассчитывается по формуле:

$ФДПн^i = ДПн^i \times ПК$ , где:  $ФДПн = ФДПн^i = 817,31 \times 1,0 = 817,31$  рублей в год на 1 застрахованное лицо

$ФДПн^i$  фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинской организации, рублей.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения, фактического дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \text{Чз}^{\text{ПР}} + \text{ОС}_B$$

где:

$\text{ФО}_{\text{СМП}}$  размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

$\text{Чз}^{\text{ПР}}$  численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

$\text{ОС}_B$  размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам Чеченской Республики с оплатой за вызов, рублей.

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

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. 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**

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 (по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) на дату оказания или отказа в оказании медицинской помощи.

4.2. В соответствии с Правилами ОМС (пункт 154) размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$H = PT \times K_{но}$ , где:

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

$K_{но}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП:

Размер $K_{но}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.5; 3.10
0,4	3.2.3
0,5	1.5; 3.4; 4.4
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.12
1,0	1.4; 3.2.5; 4.1; 4.5; 4.6.2; раздел 5

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 PT следует понимать как сумму, выставленную к оплате по законченному случаю лечения.

4.3. В соответствии с пунктом 155 Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$Сшт = РП \times Кшт$ , где:

РП - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от условий оказания медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП, который устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер Кшт	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 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; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1, 4.6.2
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, на территории Чеченской Республики не установлен и его значение принимается в размере 1,0.

Коды дефектов согласно Перечню оснований, приведены в приложении № 22 к настоящему Тарифному соглашению.

Установленные в соответствии с пунктом 7 Требований размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи, приведены в приложении №37 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 2022 года и действует по 31 декабря 2022 года.

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.

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 4) пункта 4 Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения осуществляет Комиссия в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения.

5.3. Оплата медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2022 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: 31 января 2022 года

Минздрав Чеченской Республики

  
И.Х. Байсултанов

ТФОМС Чеченской Республики

  
А.Р. Алханов

Медицинская палата

  
Л-А.Л. Тапаев

  
Р.А. Бартиев

  
Профсоюз

  
М.М. Батукаева