

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Чеченской Республики на 2018 год

1. Общие положения

Настоящее тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее – тарифное соглашение) заключено на основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом условий оказания медицинской помощи, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) от 18.11.2014 №200 «Об установлении требований к структуре тарифного соглашения».

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики от 28.12.2017 года №307 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».

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 обязательного медицинского страхования, в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования.

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.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением, формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из нормативов стоимости единицы объема медицинской помощи (по видам и условиям оказания), установленных в территориальной программе ОМС на 2018 год.

Настоящее тарифное соглашение заключено между Министерством здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Сулейманова Э.А. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице директора Абдулазизова Д.Ш. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховой медицинской организацией АО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице директора Тапаева А.Ш. (далее - СМО), Чеченской республиканской региональной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Батукаева М.К. (далее - Профсоюз), Чеченской региональной общественной организацией «Медицинская палата Чеченской Республики» в лице заместителя председателя 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:

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

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

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

Учет объемов стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ, в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, согласно приложению № 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.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

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

2.2.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях представлен в приложении № 1 к настоящему тарифному соглашению.

2.2.3. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи, связанные с переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований и случаи, длительность госпитализации которых составляет менее 3 дней (≤ 3) включительно.

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в выше указанном порядке. При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.2.4. В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не

проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

2.2.5. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

Перечень групп в стационарных условиях, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 5.4 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего тарифного соглашения.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

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

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

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи, связанные с переводом пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований и случаи, длительность госпитализации которых составляет менее 3 дней (≤ 3) включительно.

При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ.

Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее

отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 30% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, 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 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в выше указанном порядке. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.3.4. В случае если длительность госпитализации при прерванном случае лечения (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе) составила более 3-х дней и пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

Перечень групп в условиях дневного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 5.4 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего тарифного соглашения.

2.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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

2.4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, 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.

2.4.3. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам представлен в приложении № 2 к настоящему тарифному соглашению.

2.4.4. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, тромболизис), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов представлены в приложении №3.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

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

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования 2018 года составляет 3 847,37 рублей.

3.1.2. Тарифы на оплату единиц объема амбулаторной медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые также для осуществления межтерриториальных расчетов представлены в приложениях 5 - 9.

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

3.1.3. Размер подушевого норматива финансирования в амбулаторно-поликлинических условиях, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080 и 13572/26-2/и, составил – 112,12 рублей;

3.1.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива:

Моложе трудоспособного возраста						Трудоспособный возраст		Старше трудоспособного возраста	
Дети 0-1 года		Дети 1-4 года		Дети 5-17 лет		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
1,3269	1,3165	0,6805	0,6938	0,4148	0,4240	0,5807	1,3205	0,5578	0,7952

3.1.5. Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, представлены в приложении № 11 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.6. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, представлен в приложении № 12 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.7. Виды медицинских услуг, не включенные в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц:

- все виды диспансеризации и профилактических осмотров граждан;
- диализ в амбулаторных условиях,
- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме.

3.1.8. Перечень единиц объема медицинской помощи, применяемых в амбулаторных условиях и включенных в расчет подушевого норматива 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 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 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 урологу
- посещение к акушеру-гинекологу
- посещение к оториноларингологу
- посещение к офтальмологу
- посещение к дерматологу
- посещение к СМР (фельдшеру, акушеру)
- 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 стоматологу

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

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования 2018 года составляет 4 398,25 рублей.

3.2.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ, клинико-профильных групп (далее - КПП) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КПП) представлен в приложении № 13.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ (КПП) составляет 24 408,63 руб.

3.2.4. К тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях установлены коэффициенты уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению медицинскую помощь в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

Первичную медико-санитарную помощь;

- и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический;

- и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Поправочные коэффициенты к тарифам для оплаты КСГ (КПГ), установленные в Чеченской Республике (коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, управленческий коэффициент и коэффициент сложности лечения пациента) представлены в приложениях № 14,15.

3.2.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях представлены в приложении № 16.

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

3.2.7. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи представлены в приложении № 20.

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

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

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 841,13 руб.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ (КПГ) в условиях дневных стационаров всех типов с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КПГ) представлен в приложении № 18.

3.3.3. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневных стационаров всех типов, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в приложении № 17.

3.3.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ (КПГ) в условиях дневных стационаров всех типов, составляет 12 182,94 руб.

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

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования составляет 645,76 рубля.

3.4.2. Размер подушевого норматива финансирования в условиях оказания скорой медицинской помощи, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080 и 13572/26-2/и, составил – 35,91 рублей.

3.4.3. 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		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,8119	0,7059	0,3668	0,3165	0,2109	0,2282	0,7960	1,3603	2,1823	3,3987

3.4.4. Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи представлены в приложении № 19 к настоящему тарифному соглашению.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Коды дефектов согласно Перечню оснований раскрыты в приложении № 22 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 2018 года.

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

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

5.4. В рамках настоящего тарифного соглашения осуществляется оплата случаев медицинской помощи, оказанных в условиях дневного стационара и в условиях круглосуточного стационара (Таблица 1 и Таблица 2), в полном объеме независимо от фактической длительности лечения по следующим КСГ:

Таблица 1

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
2	Осложнения, связанные с беременностью
3	Беременность, закончившаяся абортным исходом
4	Родоразрешение
5	Кесарево сечение
11	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
12	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
16	Ангионевротический отек, анафилактический шок
72	Нарушения ритма и проводимости (уровень 1)
73	Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
86	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина
99	Сотрясение головного мозга
146	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
147	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
148	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
149	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
150	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
151	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
152	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
153	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
154	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
155	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
159	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
157	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
167	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
168	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
172	Замена речевого процессора
173	Операции на органе зрения (уровень 1)
174	Операции на органе зрения (уровень 2)
198	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
199	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)
200	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)
201	Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)
202	Операции на сосудах (уровень 1)
203	Операции на сосудах (уровень 2)
204	Операции на сосудах (уровень 3)
206	Операции на сосудах (уровень 5)
219	Отравления и другие воздействия внешних причин
271	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
301	Операции на органах полости рта (уровень 1)
314	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
316	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов в случае отсутствия эффективности базисной терапии
320	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов

СОГЛАСОВАНО: 22 декабря 2017 года

Минздрав Чеченской Республики
Э.А. Сулейманов

ТФОМС Чеченской Республики
Д.Ш. Абдулазизов

СМО
А.Ш. Тагаев

Медицинская палата
Р.А. Бартиев

Профсоюз
М.К. Батукаев