

**Дополнительное соглашение № 2  
к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования  
Чеченской Республики на 2020 год**

Министерство здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Сулейманова Э.А. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице первого заместителя директора Алханова А.Р. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховая медицинская организация АО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице директора Тапаева А.Ш. (далее - СМО), Чеченская региональная общественная организация «Медицинская палата Чеченской Республики» в лице Бартиева Р.А. (далее - Медицинская палата), Чеченская республиканская региональная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Батукаева М.К. (далее - Профсоюз) на основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 №36 "Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем: приложение №22 к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2020 год "Перечень оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2020 год" дополнить разделом 6. "Порядок применения мер к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи" в редакции, согласно приложению к настоящему дополнительному соглашению.

**СОГЛАСОВАНО:** 04.02. 2020 года

Минздрав Чеченской Республики

ТФОМС Чеченской Республики

Э.А. Сулейманов

А.Р. Алханов

А.Ш. Тапаев

Медицинская палата

Р.А. Бартиев

Профсоюз

М.К. Батукаев



Приложение к дополнительному соглашению № 2  
к тарифному соглашению в системе обязательного  
медицинского страхования Чеченской Республики  
на 2020 год

Дополнение в приложение № 22  
к Тарифному соглашению в системе ОМС  
Чеченской Республики на 2020 год, принятое  
допсоглашением № 2 от 04.02. 2020г.

**6. Порядок применения мер к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи**

В соответствии со статьей 40 Федерального закона по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи.

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи и порядком организации и проведения контроля.

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где:}$$

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

$C_{\text{шт}}$  - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) 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) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

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; 3.5; 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

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

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

$$C_{шт} = РП \times K_{шт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$C_{шт} = РП_{А \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{А \text{ базовый}}$  - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля, который составляет 1067,40 рубля на 2020 год;

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$C_{шт} = РП_{СМП \text{ базовый}} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{СМП \text{ базовый}}$  - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля, который составляет 683,16 рубля на 2020 год;

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$C_{шт} = РП_{ст} \times K_{шт},$$

где:

$РП_{ст}$  - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля, который составляет на 2020 год:

- в условиях круглосуточного стационара - 6134,26 рублей,

- в условиях дневного стационара - 1287,81 рублей;

$K_{шт}$  - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа ( $K_{шт}$ ) устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{шт}$	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

При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской

организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

При превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в последующие месяцы размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения, за исключением случаев, установленных частью 6 статьи 38 Федерального закона, связанных с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту.

Медицинская организация и страховая медицинская организация ежемесячно анализируют предъявленные к оплате объемы оказанной медицинской помощи и финансовых средств и за два месяца отчетного квартала оценивают риск превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенными медицинской организацией и страховой медицинской организации на соответствующий квартал решением Комиссии.

В случае превышения объемов медицинской помощи и финансовых средств, распределенных медицинской организацией решением Комиссии на квартал, медицинская организация до окончания отчетного квартала и формирования реестров счетов обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов медицинской помощи и финансовых средств.