

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в системе обязательного медицинского страхования**  
**Чеченской Республики на 2023 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» (далее – Правила ОМС) и проекта приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования) и другими федеральными и региональными правовыми актами, регулирующими вопросы обязательного медицинского страхования.

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 №2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – Программа) и постановления Правительства Чеченской Республики от 21.12.2022 года №316 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 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 (далее – Комиссия) 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 2023 год.

Настоящее Тарифное соглашение заключено между Министерством здравоохранения Чеченской Республики в лице министра Лорсанова С.М. (далее – Минздрав Чеченской Республики), Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в лице первого заместителя директора Садулаева Л-А.Ш. (далее – ТФОМС Чеченской Республики), Страховой медицинской организацией АО «МАКС-М» (филиал в г. Грозный) в лице директора Даудова Х.М. (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).

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, медицинскими организациями (далее – МО), осуществляющими деятельность в сфере ОМС Чеченской Республики, производится по тарифам на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения, установленных решением Комиссии, и в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, с учетом требований Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, производится СМО в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и договором на оказание и оплату медицинской помощи в системе ОМС, в рамках установленных способов оплаты медицинской помощи. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании ежемесячно представляемых медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС Чеченской Республики лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится

Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики с дальнейшим возмещением средств территориальными фондами обязательного медицинского страхования других субъектов РФ в соответствии с Правилами ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования медицинскими организациями других субъектов Российской Федерации, лицам, застрахованным в Чеченской Республике, оплачивается Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики в рамках межтерриториальных расчетов.

## **2. Способы оплаты медицинской помощи**

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС, установлены в соответствии с территориальной программой ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы на 2023 год.

### **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 в соответствии с Программой и Территориальной программой:

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, 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), используется 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и 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.

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, 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

2.1.8. В соответствии с пунктом 2.8. «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, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042), от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрировано в Минюсте России 18 августа 2017 г. № 47855), от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрировано в Минюсте России 2 апреля 2013 г. № 27964), от 21 апреля 2022 г. № 275н «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» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366), от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288) 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. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

2.1.11. Территориальной программой, в рамках территориальной программы ОМС, установлены нормативы объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров на 2023 год - 0,396 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований - 0,186 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, и нормативы финансовых затрат на 2023 год на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 2 051,50 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 2 507,20 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 2023 год в рамках настоящего Тарифного соглашения установлено в соответствии с пунктом 2.7. 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 случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме, по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае

прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 8 к Территориальной программе (в соответствии с приложением № 5 к Программе), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 8 к Территориальной программе (в соответствии с приложением № 5 к Программе), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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 (в соответствии с 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 (в соответствии с 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 клинко-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.

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 9 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.

Тарифным соглашением при оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (в соответствии с разделом 2. «Основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ» Методических рекомендаций), в составе КСГ при необходимости могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом иных классификационных критериев. При этом данный классификационный критерий должен быть в обязательном порядке включен в реестр счетов, формируемый медицинскими организациями и передаваемый в территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В качестве дополнительно установленных классификационных критериев могут быть определены: длительное пребывание на профильной койке (реанимационные, реанимационные для новорожденных, интенсивной терапии, интенсивной терапии для новорожденных) или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ.

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 29.12.2022 №2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 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 2023 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) применяются способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.3.2. 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. Размер и структура тарифов 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 на основе 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, предусмотренных в бюджете ТФОМС Чеченской Республики на 2023 год на выполнение территориальной программы ОМС.

При формировании тарифов учитываются стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи, тарифы являются едиными для всех страховых медицинских организаций и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы 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 2023 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 8 121 090 245 рублей (без учета средств по МТР). Расчет выполнен по следующей формуле:

$$ОС_{АМБ} = (Н_{О_{ПМО}} \times Нфз_{ПМО} + Н_{О_{ДИСП}} \times Нфз_{ДИСП} + Н_{О_{ИЦ}} \times Нфз_{ИЦ} + Н_{О_{ОЗ}} \times Нфз_{ОЗ} + Н_{О_{НЕОТЛ}} \times Нфз_{НЕОТЛ} + Н_{О_{МР}} \times Нфз_{МР} + Н_{О_{ДН}} \times Нфз_{ДН}) \times Ч_3 - ОС_{МТР},$$

где:

$N_{О_{ПМО}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{О_{ДИСП}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{О_{ИЦ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{О_{ОЗ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
$N_{О_{НЕОТЛ}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$N_{О_{МР}}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи

	по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>дн</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз <sub>пмо</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>дисп</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>иц</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>оз</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>неотл</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>мр</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>дн</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>мтр</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

3.1.2 На основе расчетов, выполненных в соответствии с пунктом 3.1.1 установлен средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях ( $\Phi O_{CP}^{AMB}$ ), предусмотренный Требованиями, путем деления  $O C_{AMB}$  на численность застрахованного населения Чеченской Республики  $\Phi O_{CP}^{AMB} = O C_{AMB} / \text{Чз}$ , который составил: 5 580,32 рублей в расчете на 1 застрахованное лицо в год, в том числе средства на обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» 58,80 рублей и средства на диспансерное наблюдение 332,04 рубля соответственно, на 1 застрахованное лицо в год.

3.1.3 В рамках настоящего Тарифного соглашения в соответствии с Требованиями установлены:

- базовый подушевой норматив финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования.

Определено значение «базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗ} = \left( \frac{O C_{ПНФ}}{\text{Чз} \times \text{КД}} \right), \text{ который составил } - 1464,33 \text{ рублей в год}$$

где:

$ПН_{БАЗ}$  базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;

$O C_{ПНФ}$  объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$КД$  единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (для Чеченской Республики не установлен и в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0).

В базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы медицинских организаций за счет бюджетных ассигнований бюджета Чеченской Республики на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека,

синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), которые не финансируются в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Учитывая, что в соответствии с Программой оплата проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется в том числе за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в целях более эффективного использования указанных средств, оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется вне подушевого норматива финансирования – за соответствующую единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется вне подушевого норматива финансирования за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных в рамках проведения диспансерного наблюдения. Тарифы на оплату диспансерного наблюдения приведены в приложении №7 настоящего Тарифного соглашения.

Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих (могут осуществляться медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями) и межтерриториальных расчетах, которые осуществляются территориальным фондом обязательного медицинского страхования, в соответствии с Требованиями.

При формировании 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.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (ОС<sub>ПНФ</sub>), рассчитан без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема, и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, по следующей формуле:

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

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>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;
- 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 (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения), 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 (в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации), рублей

Объем средств, направляемый на финансовое обеспечение медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, не включает в себя средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи.

3.1.4 Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в амбулаторных условиях:

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской организации применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, учитывающие половозрастной состав прикрепленного населения.

Половозрастные коэффициенты дифференциации, установленные в настоящем Тарифном соглашении, рассчитаны в соответствии с Методическими рекомендациями на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, и численности застрахованных лиц за данный период.

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.
1,73999	1,73077	1,53783	1,56835	0,78455	0,75427	0,58344	1,48082	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 1,6. Указанный коэффициент установлен в соответствии с Методическими рекомендациями.

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.

Коэффициенты дифференциации, учитывающие половозрастной состав прикрепленного населения медицинских организаций оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, приведены в приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению.

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  $K_{\text{Дот}}$ , 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.

При этом, 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. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов, предусмотренных Требованиями:

- коэффициентов 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 ( $KD_{от}$ ), которые рассчитываются в соответствии с пунктом 2.5 Методических рекомендаций;

- коэффициенты половозрастного состава ( $KD_{пв}$ ), которые рассчитываются в соответствии с пунктом 2.4 Методических рекомендаций;

- коэффициентов уровня расходов медицинских организаций ( $KD_{ур}$ ) – рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями при необходимости;

- коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения ( $KD_{зп}$ ) - рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями при необходимости.

Настоящим Тарифным соглашением  $KD_{ур}$  для всех медицинских организаций, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, 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, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{БАЗ} \times KD_{пв}^i \times KD_{ур}^i \times KD_{зп}^i \times KD_{от}^i \times KD^i,$$

где

$ДП_{Н}^i$  дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той медицинской организации, рублей;

$KD_{пв}^i$  коэффициент половозрастного состава, для  $i$ -той медицинской организации;

$KD_{ур}^i$  коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для  $i$ -той медицинской организации (при необходимости);

$KD_{зп}^i$  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, для  $i$ -той медицинской организации (при необходимости);

$KD_{от}^i$  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;

КД<sup>*i*</sup> коэффициент дифференциации для *i*-той медицинской организации (настоящим Тарифным соглашением принимается в значении 1,0).

3.1.9. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к ОС<sub>ПНФ</sub> (за исключением средств на выплаты по итогам оценки результативности деятельности медицинских организаций), рассчитанному в соответствии с пунктом 3.1.3. настоящего раздела (в соответствии с пунктом 2.2 Методических рекомендаций) рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{ОС_{ПНФ} \times (1 - Рез)}{\sum_i (ДП_{Н}^i \times Ч_3^i)}$$

Рассчитанный по указанной выше формуле поправочный коэффициент ПК составил 0,995.

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

где:

ФДП<sub>Н</sub><sup>*i*</sup> фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для *i*-той медицинской организации, рублей.  
ПК – поправочный коэффициент.

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.

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 2023 год:

- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей, - 1174,200 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 900 до 1500 жителей - 1860,300 тыс. рублей;
- для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей - 2 088,900 тыс. рублей.

В соответствии с территориальной программой ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов и в соответствии с Методическими рекомендациями, при расчете размера 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 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, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего более 2000 жителей финансовое обеспечение установлено в размере 2924,46 тыс. рублей в год при условии соответствия Приказу № 543н.

В рамках настоящего тарифного соглашения коэффициент уровня для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов принимается в значении 1.

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 2023 год установлены базовые нормативы финансовых затрат (в расчете на год) на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов соответствующих требованиям Приказа №543н и обслуживающих:

- менее 100 жителей в размере 587 100 рублей;
- от 100 до 900 жителей в размере 1 174 200 рублей;
- от 900 до 1500 жителей в размере 1 860 300 рублей;
- от 1500 до 2000 жителей в размере 2 088 900 рублей;

- более 2000 жителей в размере 2 924 460 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:

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

$OC_{\text{ФАП}}^i$  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;

$\text{КС}_{\text{БНФ}}^n$  коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом №543н (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения определен Разделом VI Территориальной программы в соответствии с Разделом VI Программы, устанавливается значение коэффициента равное 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 или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года и рассчитывается следующим образом:

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

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

$OC_{\text{ФАП}_{\text{нг}}}^j$  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:

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

где:

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}$  фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;

$O_{\text{МП}}$  фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;

$T$  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 2023 год (коэффициент уровня медицинских организаций в амбулаторных условиях принимается в значении 1).

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 2023 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, 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 2023 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 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (на законченный случай лечения) на 2023 год, представлены в приложениях №21 и № 22 к настоящему тарифному соглашению (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, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации, установленных Территориальной программой государственных гарантий в соответствии с Программой.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно в том числе в зависимости от состояния пациента по ШРМ (1-3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Медицинская реабилитация пациентов проводится по баллам ШРМ:

- при заболеваниях центральной нервной системы,
- кардиологических заболеваниях,
- при заболеваниях опорно-двигательного аппарата,
- после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19),
- при других соматических заболеваниях.

Объемы случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и

размеры соответствующих тарифов определены в рамках вышеприведенных параметров в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой ОМС в рамках Территориальной программы.

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.

При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

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

$$ОС_{МРi}^{АМБ} = \sum(О_{МР} \times Т_{МР}), \text{ где:}$$

$ОС_{МРi}^{АМБ}$  – объем средств, полученных медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;

$О_{МР}$  – объем комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» с учетом в том числе состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента;

$Т_{МР}$  – тариф на оплату комплексного посещения по профилю «медицинская реабилитация» для соответствующего состояния пациента и заболевания (профиля заболевания) пациента.

Тарифы на оплату комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях приведены в приложении № 5 настоящего Тарифного соглашения.

В целях повышения эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования в рамках настоящего Тарифного соглашения предусматривается производить оплату посещений школы сахарного диабета, которая осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования.

Медицинская помощь в рамках школы сахарного диабета предусматривается оплачивать за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий, с проверкой дневников самоконтроля.

Приложением № 36 к настоящему Тарифному соглашению установлены тарифы для школы сахарного диабета в расчете на 1 пациента (на 1 комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий).

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);
- профилактические медицинские осмотры;
- все виды диспансеризации, в том числе углубленная диспансеризация;
- диспансерное наблюдение;
- медицинская реабилитация в амбулаторных условиях;
- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах.

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);

- \* профилактические медицинские осмотры;

- \* все виды диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию;

- \* диспансерное наблюдение;

- \* медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях;

- 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 приложении №9 к настоящему 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 приложении № 9 к настоящему тарифному соглашению.

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

Тарифы, установленные в приложениях № 5, № 6, № 7, №26, №29 Тарифного соглашения применяются в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики.

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

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = O C_{\text{ДС}}^i + ДП_{\text{Н}}^i \times Ч_3^i + O C_{\text{ФАП}}^i + O C_{\text{ИССЛЕД}}^i + O C_{\text{НЕОТЛ}}^i + O C_{\text{ЕО}}^i, \text{ где:}$$

- $\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$  фактический размер финансового обеспечения  $i$ -той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;
- $O C_{\text{ДС}}^i$  размер средств, направляемых на оплату первичной-медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в  $i$ -той медицинской организации в условиях дневного стационара, рублей;
- $O C_{\text{ФАП}}^i$  размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в  $i$ -той медицинской организации;
- $O C_{\text{ИССЛЕД}}^i$  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;
- $O C_{\text{НЕОТЛ}}^i$  размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в  $i$ -той медицинской организации, рублей;
- $O C_{\text{ЕО}}^i$  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  $O C_{\text{ИССЛЕД}}^i$ ), рублей.

3.1.20. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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 финансирования, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ФДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$	финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;
$ОС_{РД}$	объем средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей.
$ФДП_{Н}^i$	фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией один раз в квартал.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

Доля средств, направляемых на выплаты в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, является единой для всех медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и составляет в рамках настоящего Тарифного соглашения в размере 0,005 (0,5%) от базового подушевого норматива финансирования.

Целевые показатели результативности деятельности медицинских организаций и Порядок осуществления выплат с применением показателей результативности деятельности медицинских организаций отражены в приложениях №37 и №38 настоящего Тарифного соглашения.

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 2.13.«Особенности оплаты медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», раздела II. «СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ОСНОВЕ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ» Методических рекомендаций, 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.

Повышающий коэффициент, учитывающий применение телемедицинских технологий, применяемый к коэффициенту уровня медицинских организаций с оплатой по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, отражен в приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению.

При этом повышающий коэффициент рассчитывается прямо пропорционально доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

Показатель объема медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (доля медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в общем объеме оказанной медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования), %	Повышающий коэффициент к коэффициенту уровня медицинской организации
1%	1,01
2%	1,02
Повышающий коэффициент прямо пропорционален доле медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (при увеличении доли оказанной медицинской помощи с применением телемедицинских услуг на 1% повышающий коэффициент увеличивается на 0,01)	

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 2023 год установлено приложение №39 «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:

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

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

$CC_{КСГ}$  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 2023 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой

ОМС, составляет - 6 219,91 рублей (без учета финансового обеспечения объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованным лицам Чеченской Республики медицинскими организациями других субъектов Российской Федерации в рамках межтерриториальных расчетов), в том числе средства при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях, которые составляют в размере 236,03 рубля на 1 застрахованное лицо в год.

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 настоящего Тарифного соглашения.

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, в соответствии с Программой, установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

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

- 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 (принимается в соответствии с приложением №25 к настоящему тарифному соглашению);
- 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). Условия применения КСЛП отражены в приложении №24 к настоящему тарифному соглашению).

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Территориальной программой в соответствии с Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + BC \times КД^* \times КСЛП, \text{ где:}$$

BC размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ<sub>КСГ</sub> коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

КС<sub>КСГ</sub> коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0);

КУС<sub>МО</sub> коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (для Чеченской Республики не установлен и в рамках настоящего Тарифного соглашения его значение принимается в размере 1,0);

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

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

В рамках настоящего Тарифного соглашения не выделены подгруппы в составе КСГ.

Настоящим Тарифным соглашением коэффициент относительной затратоемкости (КЗ<sub>КСГ</sub>) для каждой КСГ при оказании медицинской помощи установлен в соответствии с Приложением № 4 к Программе в стационарных условиях приложениями №13 и №13а, в условиях дневного стационара приложениями №17 и №17а настоящего Тарифного соглашения и не может быть изменен при установлении тарифов на территории субъекта.

Коэффициенты уровня (КУС<sub>МО</sub>), установленные для медицинских организаций на 2023 год в рамках настоящего Тарифного соглашения, представлены в приложении №25.

Коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, является единым для всех уровней медицинских организаций и в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1.

Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) и условия применения 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

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 и ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (устанавливается в значении 1).

3.2.5. Расчет размера базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ).

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 2023 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 2023 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 совокупный объем средств на оплату медицинской помощи, которая рассчитана по следующей формуле:

$$O_{\text{слп}} = \sum(\text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП}_i)$$

где:

$\text{КСЛП}_i$  – размер КСЛП, примененный при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2022 году.

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Размер базовой ставки, рассчитанный по выше приведенной формуле, составляет в круглосуточном стационаре – 30 547,50 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 76,5% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленных территориальной программой ОМС Чеченской Республики на 2023 год.

Коэффициент дифференциации не установлен на территории Чеченской Республики и в рамках настоящего Тарифного соглашения его значение принимается за единицу.

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).

Коэффициенты уровня установлены в соответствии с Требованиями для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара:

1) к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

2) ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские

организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

3) к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению 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 и соответствует перечню КСГ, установленных Приложением 5 к Методическим рекомендациям.

3.2.7. Тарифным соглашением в системе ОМС Чеченской Республики на 2023 год при оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к отдельным случаям медицинской помощи установлены коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), которые применяются 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 (СС<sub>кcg</sub>) 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 для Чеченской Республики не установлен и принимается в значении 1,0;

КЗ<sub>кcg</sub> - коэффициенты относительной затратноности в разрезе каждой КСГ;

- коэффициент специфики (КС<sub>кcg</sub>), который в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0;

- коэффициент уровня медицинской организации (КУС<sub>мо</sub>) – 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 Программой и 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, приведенные в приложении №16 и приложении № 20 настоящего Тарифного соглашения, применяются, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями, в рамках территориальной программы ОМС 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 прерывания 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 прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом 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, изложенным в выше приведенных подпунктах 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, приведенный в приложения 34 настоящего Тарифного соглашения (в соответствии с таблицей 1 Приложения 4 к Методическим рекомендациям;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком (в соответствии с Методическими рекомендациями.

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, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 3.2.13. настоящего раздела (в соответствии с пунктом 4.3. Методических рекомендаций), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 3.2.12 настоящего раздела (в соответствии с подпунктами 2-4 пункта 4.1 Методических рекомендаций).

Приложением № 34 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с Приложением №5 к Программе и таблицей 1 Приложения 4 к Методическим рекомендациям) определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, 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.

При этом размеры оплаты устанавливаются таким образом, что доля оплаты случаев оказания медицинской помощи с длительностью более 3-х дней превышает долю оплаты случаев с длительностью 3 дня и менее.

В приложении №27 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с таблицей 2 Приложения 4 к Методическим рекомендациям) 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 (в соответствии с таблицей 2 Приложения 4 к Методическим рекомендациям), не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев.

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 и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 3.2.12. настоящего раздела (в соответствии с подпунктами 7 и 9 пункта 4.1 Методических рекомендаций), 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 (в соответствии с пунктом 4.1 Методических рекомендаций);

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;

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

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), разовую дозу 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 Группировщиках (в соответствии с Приложениями 6 и 7 Методических рекомендаций), 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, изложенным в подпунктах 1-6 пункта 4.1 Методических рекомендаций.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности, предусмотренным пунктом 4.1 Методических рекомендаций) 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» в Группировщиках 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:  $\Phi O_{MO} = \sum CC_{КСГ}$ , где:

- $\Phi O_{MO}$  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:

$$CC_{КСГ} = BC \times KD \times KZ_{КСГ} \times KC_{КСГ} \times KUC_{MO} + BC \times KD^* \times KСЛП, \text{ где:}$$

- $BC$  базовая ставка, рублей;
- $KZ_{КСГ}$  коэффициент относительной затратно-емкости КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;
- $KC_{КСГ}$  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);
- $KUC_{MO}$  коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент (принимается в соответствии с приложением №25 к настоящему тарифному соглашению, в условиях дневного стационара коэффициент уровня не установлен и принимается в значении 1,0);
- $KD$  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.
- $KСЛП$  коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП). Условия применения КСЛП отражены в приложении №24 к настоящему тарифному соглашению).

\* -  $KD$  не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

Коэффициент относительной затратоемкости (КЗкст) 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 2023 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 – 1 686,63 рубля, в том числе средства при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневных стационаров, которые составляют в размере 62,20 рубля на 1 застрахованное лицо в год.

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:

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

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. Методических рекомендаций «Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ)». Размер базовой ставки, законченного случая лечения, включенного в КСГ в условиях дневных стационаров всех типов, составляет - 18 008,67 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.

Базовая ставка в условиях дневного стационара составила в размере 71,9% 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 принимается в значении 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, в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики), представлены в приложении №18

Стоимость законченного случая (СС<sub>ксл</sub>) 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), приведенным в приложении №18, применяются следующие коэффициенты:

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

КЗ<sub>ксл</sub> - коэффициенты относительной затратноности в разрезе каждой КСГ;

- коэффициент специфики (КС<sub>ксл</sub>), который в рамках настоящего Тарифного соглашения принимается в значении 1,0;

- коэффициент уровня медицинской организации (КУС<sub>мо</sub>) в условиях дневного стационара не установлен и в рамках настоящего Тарифного соглашения его значение принимается в размере 1,0;

- 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 (указанные коэффициенты в рамках настоящего Тарифного соглашения принимаются в значении 1,0). 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

затратоемкости КСГ представлен в приложениях № 17 и № 17а.

3.3.5. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного 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 прерывания 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 прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом 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, изложенным в выше приведенных подпунктах 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, приведенный в приложения 34 настоящего Тарифного соглашения (в соответствии с таблицей 1 Приложения 4 к Методическим рекомендациям;

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, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-8 пункта 3.3.5. настоящего раздела (в

соответствии с пунктом 4.3. Методических рекомендаций), случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 3.3.5 настоящего раздела.

Приложением № 34 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с Приложением №5 к Программе и таблицей 1 Приложения 4 к Методическим рекомендациям) определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, 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.

При этом размеры оплаты устанавливаются таким образом, что доля оплаты случаев оказания медицинской помощи с длительностью более 3-х дней превышает долю оплаты случаев с длительностью 3 дня и менее.

В приложении №27 к настоящему Тарифному соглашению (в соответствии с таблицей 2 Приложения 4 к Методическим рекомендациям) 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 (в соответствии с таблицей 2 Приложения 4 к Методическим рекомендациям), не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев.

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 и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 3.3.5. настоящего раздела (в соответствии с подпунктом 7 пункта 4.1 Методических рекомендаций), оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

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 (в соответствии с пунктом 4.1 Методических рекомендаций);

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.

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), разовую дозу 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 Группировщиках (в соответствии с Приложениями 6 и 7 Методических рекомендаций), 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, изложенным в подпунктах 1-6 пункта 4.1 Методических рекомендаций.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности, предусмотренным пунктом 4.1 Методических рекомендаций) 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»»;

**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:

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

где:

$ОС_{СМП}$  – объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Чеченской Республики, рублей;

$Н_{ОСМП}$  – 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;
Нфз <sub>СМП</sub>	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  $O_{СМП}$  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 - 899,98 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:

$$Пн_{БАЗ} = \frac{O_{СМП} - O_{СВ}}{Ч_з \times КД} = 897,72 \text{ рублей в год на 1 застрахованное лицо,}$$

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 897,72 рублей или 74,81 рублей в расчете на месяц.

В рамках территориальной программы ОМС в 2023 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.
0,21586	0,18663	0,70388	0,54348	0,39005	0,31927	0,76173	1,87444	1,60000	1,62995

3.5.4. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, тромболитис), 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:  

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КДпв^i \times КДур^i \times КДзп^i \times КД^i = 897,72 \times 1,0 \times 1,0 \times 1,0 \times 1,0 = 897,72 \text{ рублей в год,}$$

где:

$ДПн^i$  дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -той медицинской организации, рублей;

$КД_{пв}^i$  коэффициент половозрастного состава (принят в значении 1,0);

$КД_{ур}^i$  коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей) - принят в значении 1,0;

$КД_{зп}^i$  коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения – принят в значении 1,0;

$КД^i$  коэффициент дифференциации  $i$ -той медицинской организации (для Чеченской Республики не установлен и его значение принимается 1,0).

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на территории Чеченской Республики в 2023 году равен базовому (среднему) подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, так как на территории всего одна медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь и выше приведенные коэффициенты в рамках настоящего Тарифного соглашения приняты в значении 1,0).

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 рассчитан 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:

$\Psi_3^i$  численность застрахованных лиц, обслуживаемых  $i$ -той медицинской организацией, человек (указанная численность равна численности застрахованного населения Чеченской Республики, т.е.  $\Psi_3$ , так скорую медицинскую помощь оказывает одна медицинская организация).

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

$\text{ФДПн}^i = \text{ДПн}^i \times \text{ПК}$ , где:  $\text{ФДПн} = 897,72 \times 1,0 = 897,72$  рублей в год на 1 застрахованное лицо

$\text{ФДПн}^i$  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:

$\text{ФО}_{\text{СМП}} = \text{ФДПн}^i \times \Psi_3^{\text{ПП}} + \text{ОС}_В$

где:

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

$\Psi_3^{\text{ПП}}$  численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

$\text{ОС}_В$  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, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

**4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

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

4.2. В соответствии с пунктом 154 Правил ОМС размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (Н) рассчитывается по формуле:

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

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

$K_{но}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи (далее – МЭК, МЭЭ, ЭКМП) определены приложением № 5 к Правилам ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. №108н, в редакции изменений.

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

4.3. Согласно пункту 155 Правил ОМС размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{шт}$ ), рассчитывается по формуле:

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

$C_{шт}$  - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, 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;

$K_{шт}$  - 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.

В рамках настоящего Тарифного соглашения подушевой норматив финансирования медицинской помощи составил:

- по амбулаторной помощи, всего, включая реабилитацию и диспансерное наблюдение – **6 027,69 руб.**,
- в условиях круглосуточного стационара всего, включая ВМП – **6 811,45 руб.**,
- в условиях дневного стационара - **1 762,07 руб.**,
- по скорой медицинской помощи - **953,78 руб.**

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

## **5. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2023 года и действует по 31 декабря 2023 года.

Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по взаимному согласию всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме (дополнительным соглашением) 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 рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения осуществляет Комиссия в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения и Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

5.3. Оплата медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2023 год осуществляется в рамках Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

СОГЛАСОВАНО: 25 января 2023 года

Минздрав Чеченской Республики

  
С.М. Дорсанов

ТФОМС Чеченской Республики

  
Л.А.Ш. Садулаев

  
СМО

Х.М. Даудов

  
Медицинская палата

Р.А. Бартиев

Профсоюз

  
М.М. Батукаева