

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2020 год

1. Общие положения

Настоящее тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее – Тарифное соглашение) заключено на основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом условий оказания медицинской помощи, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС) от 21.11.2018 № 247 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Тарифное соглашение направлено на реализацию постановления Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики от 10.12.2019 года №265 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (далее - Территориальная Программа).

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

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включая их структуру, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и, исходя из нормативов стоимости

единицы объема медицинской помощи (по видам и условиям оказания), установленных в территориальной программе ОМС на 2020 год.

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

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

- 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии), а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Чеченской Республики, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии).

2.1.2. При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях единицей объема считается посещение с профилактическими и иными

целями, стоимость которого складывается с учетом содержащихся в нем количества условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ), а также обращение по поводу заболевания. Учет объемов стоматологической помощи осуществляется в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, согласно приложению № 23 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях представлен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.4. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) - приложение № 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) - приложение №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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии) - приложение №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 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
- посещение к кардиологу
- посещение к ревматологу
- посещение к педиатру
- посещение к терапевту
- посещение к эндокринологу
- посещение к аллергологу
- посещение к неврологу
- посещение к инфекционисту
- посещение к хирургу
- посещение к урологу
- посещение к акушеру-гинекологу
- посещение к оториноларингологу
- посещение к офтальмологу
- посещение к дерматологу
- посещение к СМР (фельдшеру, акушеру)
- посещение к гастроэнтерологу
- посещение к пульмонологу
- посещение к нефрологу
- посещение к гематологу
- посещение к травматологу
- посещение к нейрохирургу
- посещение к проктологу
- посещение к онкологу
- посещение к гериатру

2.1.8. Проведение диспансерного наблюдения в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц. При этом, единицей объема оказанной медицинской помощи является посещение;

2.1.9. Перечень единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий

граждан, оплачиваемых по отдельным тарифам за оказанную медицинскую помощь - приложение № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.10. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

2.1.11. Территориальной Программой, в рамках территориальной программы ОМС, установлены нормативы объема медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров на 2020 год - 0,2535 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований - 0,181 комплексного посещения на 1 застрахованное лицо, и нормативы финансовых затрат на 2020 год на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 1 782,2 рубля, на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний - 2 048,7 рубля, включающие в себя расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

Таким образом, тарифы на профилактические осмотры и проведение диспансеризации 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, осуществлен в соответствии с Методикой расчета тарифов с учетом нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2020 год.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является

проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний) 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.

2.1.12. Финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов и иных типов на 2020 год в рамках настоящего Тарифного соглашения установлено в соответствии с требованиями Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 г. № 11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/и), приложение №28 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, соответствующих требованиям, установленным нормативным правовым актом Минздрава России, составляет на 2020 год:

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 957,2 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 516,4 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1 702,8 тыс. рублей.

При расчете финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих менее 100 жителей, а также иных типов не соответствующих требованиям, установленным нормативным правовым актом Минздрава России, применяется понижающий коэффициент в размере 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей и для фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих более 2000 жителей применяется повышающий коэффициент в размере 1,4 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-

акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

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.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в установленные размеры финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

2.2. Основные подходы к оплате медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по КСГ

2.2.1. Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, осуществляется по КСГ во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Территориальной Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.2.2. При расчете объема средств, 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 обязательного медицинского страхования), исключены средства:

- предназначенные для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными за пределами Чеченской Республики, в том числе 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.

2.2.3. Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основано на объединении заболеваний в клинко-статистические группы (КСГ). КСГ распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях,

а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «Бронхиальная астма», который относится к КСГ «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПП «Пульмонология». Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых осуществляется только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации.

При оплате медицинской помощи по КСГ применяются расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая правила учета классификационных критериев и основные подходы к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (далее – Инструкция), направленные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в электронном виде.

При этом обеспечивается учет всех медицинских услуг, 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.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затроемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

2.2.4. Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе 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.

2.2.5. При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, 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 коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

2.2.6. После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной 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.

2.2.7. Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии 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 обязательного медицинского страхования (в рамках базовой), осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным в разделе I, приложения 1 Территориальной Программы. 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.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

2.3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

2.4.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, применяются следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

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

2.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации

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

2.5.2. 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.

2.5.3. 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

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

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2020 год, составляет - 4 286,48 рублей.

3.1.2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в амбулаторно-поликлинических условиях на 2020 год, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 г. № 11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/и), составил – 87,73 рублей(в расчете на месяц).

3.1.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в амбулаторных условиях:

Дети 0-1 года		Дети 1-4 года		Дети 5-17 лет		18-64 лет		65 лет и старше	
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,9038	0,8738	1,4964	1,5202	0,7910	0,7572	0,5911	1,5195	1,6000	1,6000

3.1.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, рассчитанные на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и интегрированные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования амбулаторной

медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, представлены в приложении №11 к настоящему Тарифному соглашению. Для определения месячного размера средств на подушевое финансирование учитывается численность населения, прикрепленного к МО на 01 число отчетного месяца. СМО и МО по состоянию на 01 число отчетного месяца проводят сверку численности населения, прикрепленного к МО, в разрезе половозрастных групп населения и подписывают Приложение №2 к Договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. Финансирование МО производится по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным на основе базового подушевого норматива с учетом половозрастных коэффициентов, учитывающих различия в расходах на оказание медицинской помощи медицинских организаций в зависимости от потребности в медицинской помощи, прикрепленных лиц, коэффициентов уровня, 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 (приложение №11).

Коэффициент уровня для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, равен 1,0.

3.1.5. 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 5 - 9, тарифы на диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных(удочеренных), принятых под опеку(попечительство), в приемную или патронатную семью, а также пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (на законченный случай лечения) по территориальной программе ОМС Чеченской Республики на 2020 год представлены в приложении №21 (применяются, в том числе при межтерриториальных расчетах). Тарифы на оплату медицинской помощи по гемодиализу в амбулаторных условиях представлены в приложении № 10(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.

3.1.6. Тарифы на проведение отдельных диагностических исследований за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики на 2020 год

представлены в приложении № 29 к настоящему Тарифному соглашению (применяются, в том числе при межтерриториальных расчетах). Указанные тарифы рекомендованы медицинским организациям, в том числе для осуществления межучрежденческих взаиморасчетов.

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

1. диспансеризация определенных групп взрослого населения (комплексное посещение)

2. диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (комплексное посещение)

3. посещения по отдельным видам медицинской помощи:

- 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;

- посещение - диспансерное наблюдение (прием, комплексное посещение)

4. посещение с целью комплексного обследования в ЦЗ (первичное)

- посещение с целью проведения динамического наблюдения (повторное)

5. обращение по поводу заболевания

6. профилактические медицинские осмотры (комплексное посещение):

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения и несовершеннолетних

7. услуги диализа

8. 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, гистологические исследования и молекулярно-генетические исследования с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии;

9. размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной Программой размерами финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

3.1.8. 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.

3.1.9. В рамках средств на финансовое обеспечение амбулаторной помощи, за исключением медицинской помощи, для которой Территориальной Программой установлены отдельные нормативы, установлен объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи непосредственно по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Для расчета оплаты медицинской помощи медицинским организациям, имеющим прикрепленное население установлен базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи (далее – базовый подушевой норматив для прикрепленного населения).

3.1.10. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе 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 финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию всех видов, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходов на оплату стоматологической медицинской помощи;
- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.1.11. 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: 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 (приложение).

3.1.12. Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой застрахованному лицу 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 рамках определенных Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 г. № 11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/и).

3.1.13. Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи

На основе базового подушевого норматива финансирования рассчитывается дифференцированный подушевой для МО

$$ДП_{Н} = ПН_{БАЗ} \times КУ_{МО} \times К_{ПВ} \times К_{ДОТ} \times К_{ДСУБ}$$

ПН_{БАЗ} – базовый подушевой норматив для прикрепленного населения, рублей;

КУ_{МО} – коэффициент уровня медицинской организации (при наличии);

К_{ПВ} – половозрастной коэффициент;

К_{ДОТ} – коэффициент дифференциации на прикрепившихся лиц с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала, установленный для медицинских организаций и их подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек;

К_{ДСУБ} – районный коэффициент к заработной плате (на территории Чеченской Республики не установлен).

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_i (ДП_{Н}^i \times Ч_3^i)}{ПН_{БАЗ} \times Ч_3}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

$$ФДП_{Н}^i = \frac{ДП_{Н}^i}{ПК}, \text{ где:}$$

ФДП_Нⁱ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i-той медицинской организации, рублей.

Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи:

$$ФО_{ФАКТ} = \sum (О_{МП} \times T_i), \text{ где:}$$

ФО_{ФАКТ} фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, рублей;

$O_{мп}$	фактические объемы первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, посещений (обращений);
T_i	тариф за единицу объема медицинской первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, для i -той группы медицинских организаций, 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 2020 год.

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

При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами установлены повышающие коэффициенты в размере 1,05 к утвержденным тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги - представлены в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо на 2020 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет - 5078,17рублей.

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

Коэффициент относительной затратоемкости установлен на федеральном уровне для каждой КСГ и КПГ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и не может быть изменен при установлении территориальных тарифов.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ (КПГ) составляет - 26 948,45 руб.

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

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

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

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

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

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

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

Расчет стоимости медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара производится на основе базовой ставки финансового обеспечения стационарной медицинской помощи (размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях) с учетом:

коэффициента относительной затратоемкости (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

поправочных коэффициентов:

- управленческого;
- уровня оказания стационарной медицинской помощи (в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи);
- сложности лечения пациента.

Поправочные коэффициенты к тарифам для оплаты КСГ (КПГ), установленные в Чеченской Республике на 2020 год в рамках настоящего Тарифного соглашения, представлены в приложениях № 24 и 25.

4) КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи.

Это группы в условиях круглосуточного стационара, 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 медицинской помощи (например, аппендэктомия), за исключением КСГ, относящихся к профилю «Детская онкология» и «Онкология». К КСГ по профилю «Онкология» и «Детская онкология» коэффициент уровня не применяется (устанавливается в значении 1).

№ п/п	№ КСГ	Наименование КСГ
1	st01.001	Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода
2	st02.002	Беременность, закончившаяся абортным исходом
3	st02.006	Послеродовой сепсис
4	st02.012	Операции на женских половых органах (уровень 3)
5	st03.002	Ангионевротический отек, анафилактический шок
6	st04.001	Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
7	st06.003	Легкие дерматозы
8	st09.003	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)
9	st09.004	Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)
10	st09.008	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)
11	st09.009	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)
12	st09.010	Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)
13	st10.003	Аппендэктомия, дети (уровень 1)
14	st10.005	Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)
15	st14.001	Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)
16	st15.005	Эпилепсия, судороги (уровень 1)
17	st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
18	st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
19	st16.003	Дорсопатии, спондилопатии, остеопатии
20	st16.005	Сотрясение головного мозга
21	st16.010	Операции на периферической нервной системе (уровень 2)
22	st16.011	Операции на периферической нервной системе (уровень 3)
23	st20.008	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)
24	st20.009	Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)
25	st20.010	Замена речевого процессора
26	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
27	st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
28	st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
29	st27.001	Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
30	st27.003	Болезни желчного пузыря
31	st27.005	Гипертоническая болезнь в стадии обострения
32	st27.006	Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1)
33	st27.010	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания
34	st28.004	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 3)
35	st28.005	Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4)

№ п/п	№ КСГ	Наименование КСГ
36	st29.002	Переломы шейки бедра и костей таза
37	st29.003	Переломы бедренной кости, другие травмы области бедра и тазобедренного сустава
38	st29.004	Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы
39	st29.005	Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени
40	st29.012	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)
41	st29.013	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)
42	st30.004	Болезни предстательной железы
43	st30.008	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)
44	st30.009	Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)
45	st30.015	Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)
46	st31.002	Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)
47	st31.009	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)
48	st31.010	Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)
49	st31.012	Артрозы, другие поражения суставов, болезни мягких тканей
50	st31.018	Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы
51	st32.004	Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)
52	st32.010	Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)
53	st32.011	Аппендэктомия, взрослые (уровень 1)
54	st32.012	Аппендэктомия, взрослые (уровень 2)
55	st32.013	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)
56	st32.014	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)
57	st32.015	Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)
58	st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
59	st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
60	st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
61	st36.009	Реинфузия аутокрови
62	st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
63	st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация
64	st37.004	Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (6 баллов по ШРМ)

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

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

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

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

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

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

При этом, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

3.2.10. Перечень групп в стационарных условиях, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 5.5 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего Тарифного соглашения.

3.2.11. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в выше указанном порядке.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности или в отделение сестринского ухода в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;
- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания. При этом, если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

3.2.13. Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен в таблице 1 приложения 27 к Тарифному соглашению.

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

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневных стационаров, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо на 2020 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет - 1229,56 рублей.

3.3.2. Перечень групп заболеваний, в том числе КСГ (КПГ) в условиях дневных стационаров всех типов с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КПГ) представлен в приложении № 17. Коэффициент относительной затратоемкости установлен на федеральном уровне для каждой КСГ и КПГ при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара и не может быть изменен при установлении тарифов в рамках настоящего Тарифного соглашения.

3.3.3. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях дневных стационаров всех типов (в том числе, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов), представлены в приложении № 18.

3.3.4. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КСГ (КПГ) в условиях дневных стационаров всех типов, составляет -15 157,03 рублей.

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

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

При этом, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней - 50% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

3.3.6. Перечень групп в условиях дневного стационара, по которым оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в пункте 5.5 раздела 5 "Заключительные положения" настоящего Тарифного соглашения.

3.3.7. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из

одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100% оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в выше указанном порядке.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

3.3.8. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию установлен в таблице 2 приложения 27 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в расчете на одно застрахованное лицо на 2020 год, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет - 683,17 рублей.

3.4.2. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в условиях оказания скорой медицинской помощи, определенный в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019 г. № 11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/и составил – 56,93 рублей (в расчете на месяц).

3.4.3. 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		18-59 лет	18-54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше
муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
0,3412	0,2713	0,8949	0,7374	0,2486	0,2337	0,7533	1,3938	1,7416	2,9237

3.4.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для однородных групп

медицинских организаций, рассчитанные на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и коэффициенты дифференциации подушевого норматива, представлены в приложении № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.4.6. 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 за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.5. 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;
- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, в том числе дистанционное мониторирование отдельных показателей при хронических неинфекционных заболеваниях.

Оплата дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента осуществляется 1 раз за отчетный период предоставления реестров счетов (за месяц).

Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий представлены в приложении № 26.

Учитывая, что телемедицина является не отдельным видом помощи, а технологией ее оказания, подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий гармонизированы с общими

подходами к оплате медицинской помощи, в том числе в части включения тех или иных медицинских услуг в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. Так, например: если прием врача-кардиолога включен в подушевой норматив оплата дистанционного консультирования по отдельному тарифу не осуществляется.

Затраты консультирующих медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий учтены в установленном коэффициенте уровня и (или) подуровня оказания медицинской помощи. При этом более высокий коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, включает в себя затраты на проведенные консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий с учетом объемов проведенных консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий.

3.6. Структура тарифа на оплату медицинской помощи

Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования Чеченской Республики и в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией

штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

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

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

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

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

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

Размер $K_{но}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0	3.1;3.2.1;4.2;4.3
0	3.2.2;3.5;3.10
0	3.2.3
0	1.5;3.4;4.4
0	3.8
0	3.7
0	3.6
0	3.2.4;3.12
1	1.4; 3.2.5;4.1;4.5;4.6.2;раздел5

4.3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

Сшт = РП × Кшт, где:

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

медицинской помощи;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер ^{Кшт}	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1;1.1.2;1.1.3; 2.2.1;2.2.2;2.2.3;2.2.4;2.2.5;2.2.6; 2.4.1;2.4.2;2.4.3;2.4.4;2.4.5;2.4.6; 3.7; 4.6.1
0,5	1.5
1,0	1.2.1;1.3.1;1.4;2.1;2.3;3.1;3.6; 3.2.4; 3.12; 4.1; 4.6.2
3,0	1.2.2;1.3.2;3.2.5

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

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2020 года и действует по 31 декабря 2020 года.

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

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

В период оказания медицинской помощи по гемодиализу, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент обеспечивается всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется не за счет средств ОМС, а за счет других источников, в порядке, установленном действующим законодательством (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 от 12.12.2019 г. № 11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/и.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим медицинскую помощь по гемодиализу, оплата осуществляется:

- в амбулаторных условиях - за услугу диализа, поправочные коэффициенты к стоимости услуги по диализу не применяются;
- в условиях дневного стационара - за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание;
- в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

5.4. В соответствии с частью 6 статьи 39 Закона № 326-ФЗ, пунктами 121, 122 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. №108н, оплата медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС осуществляется на основании представленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, распределенных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия).

В соответствии с пунктом 4 Положения о деятельности Комиссии и согласно договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, объемы медицинской помощи, утвержденные решением Комиссии в целом на год, подлежат поквартальной разбивке, с последующей корректировкой при обоснованной необходимости. Перераспределение поквартальных объемов внутри МО и между МО (изменение поквартальной разбивки) допускается с условием отсутствия превышения годовых объемов.

Решения о корректировке объемных и стоимостных показателей при наличии объективно обусловленных причин такой корректировки, влекущие за собой изменение общей годовой суммы финансирования МО, принимаются Комиссией. Решение Комиссии о корректировке распределенных объемов и их финансового обеспечения доводится до участников ОМС и является основанием для внесения изменений в договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

С целью определения объемов медицинской помощи, соответствующих территориальной программе ОМС, и объемов медицинской помощи, не подлежащих оплате за счет средств ОМС, в рамках установленных ФОМС процедур информационного обмена между участниками ОМС и в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Закона № 326-ФЗ, ТФОМС Чеченской Республики осуществляется контроль фактического выполнения объемов медицинской помощи МО.

Проверку соответствия предъявляемых к оплате объемов медицинской помощи, утвержденных решением Комиссии, осуществляет ТФОМС Чеченской Республики в ходе первичной автоматизированной обработки реестров на этапе форматно-логического контроля и определения страховой принадлежности застрахованных граждан. Проверка соответствия объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, предъявляемых МО к оплате, объемам медицинской помощи и их финансового обеспечения, утвержденным решением Комиссии, производится ежемесячно, нарастающим итогом с начала года.

Если в реестрах счетов отчетного месяца, предъявленные к оплате объемы и стоимость медицинской помощи нарастающим итогом превышают соответствующие показатели, такие реестры признаются не прошедшими процедуру форматно-логического контроля и подлежат исправлению МО с исключением из них превышающих объемов и их финансового обеспечения (по усмотрению МО).

В части, не отраженной в настоящем разделе, порядок и условия применения тарифов, установленных Тарифным соглашением, оплата объемов медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год, осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2019г. № 11-7/И/2-11779 и № 17033/26-2/и и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета классификационных критериев, и подходами к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, направленной письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2019 года №17151/26-1/и.

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

Таблица 1

№ КСГ	Наименование КСГ(дневной стационар)
ds02.001	Осложнения беременности, родов, послеродового периода
ds02.006	Искусственное прерывание беременности (аборт)
ds02.007	Аборт медикаментозный

ds05.003	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
ds05.004	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
ds05.005	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе
ds05.006	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
ds05.007	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
ds15.002	Неврологические заболевания, лечение применением ботулотоксина (уровень 1)
ds15.003	Неврологические заболевания, лечение применением ботулотоксина (уровень 2)
ds19.018	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
ds19.019	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
ds19.020	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
ds19.021	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
ds19.022	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
ds19.023	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
ds19.024	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
ds19.025	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
ds19.026	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
ds19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
ds19.028	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
ds19.029	Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
ds20.002	Операции на органе слуха, придаточных пазух носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
ds20.003	Операции на органе слуха, придаточных пазух носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
ds20.006	Замена речевого процессора
ds21.002	Операции на органе зрения (уровень 1)
ds21.003	Операции на органе зрения (уровень 2)
ds21.004	Операции на органе зрения (уровень 3)

ds21.005	Операции на органе зрения (уровень 4)
ds21.006	Операции на органе зрения (уровень 5)
ds25.001	Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
ds27.001	Отравления и другие воздействия внешних причин
ds34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
ds36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина
ds36.004	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Таблица 2

№ КСГ	Наименование КСГ (круглосуточный стационар)
st02.001	Осложнения, связанные беременностью
st02.002	Беременность, закончившаяся абортивным исходом
st02.003	Родоразрешение
st02.004	Кесарево сечение
st02.010	Операции на женских половых органах (уровень затрат 1)
st02.011	Операции на женских половых органах (уровень затрат 2)
st03.002	Ангioneвротический отек, анафилактический шок
st05.006	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые
st05.007	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
st05.008	Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе
st05.009	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы
st05.010	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети
st05.011	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые
st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)
st15.009	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)
st16.005	Сотрясение головного мозга

st19.027	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
st19.028	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
st19.029	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
st19.030	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
st19.031	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
st19.032	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
st19.033	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
st19.034	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)
st19.035	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)
st19.036	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)
st19.038	Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
st20.005	Операции на органе слуха, придаточных пазух носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
st20.006	Операции на органе слуха, придаточных пазух носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
st20.010	Замена речевого процессора
st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
st21.006	Операции на органе зрения (уровень 6)
st25.004	Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы
st27.012	Отравления и другие воздействия внешних причин
st31.017	Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи
st34.002	Операции на органах полости рта (уровень 1)
st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина

st36.003	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
st36.007	Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов
st36.009	Реинфузия аутокрови
st36.010	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
st36.011	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Настоящее Tarifное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2020 год

СОГЛАСОВАНО: 30 декабря 2019 года

Минздрав Чеченской Республики
Республики



Э.А. Сулейманов



А.Ш. Тапаев



М.К. Батукаев

ТФОМС Чеченской



А.Р. Алханов

Медицинская палата



Р.А. Бартиев