

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Кабардино-Балкарской Республике на 2018 год.

28 декабря 2017 года

г. Нальчик

Настоящее Соглашение заключено в соответствии со статьей 30 Федерального Закона от 29.11.2010 г. 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях предоставления гражданам на территории Кабардино-Балкарской Республики равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и действует с 1 января 2018 года по 31 декабря 2018 года.

Участники Тарифного Соглашения - Правительство Кабардино - Балкарской Республики в лице министра здравоохранения КБР М.Б. Хубиевым, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования КБР в лице директора фонда З.М. Бгажноковой, от страховых медицинских организаций в лице директора ООО «Страховая Медицинская Компания Ресо-Мед» Кабардино-Балкарский филиал А.З. Бесланеева, Кабардино-Балкарская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя О.В. Яськовой, Региональная общественная организация «Кабардино-Балкарское научное медицинское общество терапевтов» в лице А.М. Кардангушевой на основании протокола № 15 от 28.12.2017г. Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике, образованной распоряжением Правительства КБР от 09.12.2014 г. № 753-рп, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в КБР на 2018 год.

I. Общие положения.

1. Настоящее Соглашение разработано с учетом следующих нормативных правовых актов Российской Федерации и Кабардино – Балкарской Республики:

- Конституция Российской Федерации;
- Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Налоговый кодекс Российской Федерации;

- Бюджетный кодекс Российской Федерации;
- Трудовой кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 05.12.2017г. 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
- Постановление 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»;
- Постановление Правительства КБР № ___ от __.12.2017 г. «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
- Закон КБР № '___ от __.12.2017 г. «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования КБР на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
- Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2015г. № 200 (с дополнениями) «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2016г. № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Методические рекомендации Министерства здравоохранения Рос-

сийской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017г.

1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию в Кабардино-Балкарской Республике (далее по тексту – тарифы) являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых средствами обязательного медицинского страхования расходов медицинских организаций (далее – МО), оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике.

1.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания, 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.

1.3. Расходы на медикаменты, не входящие в перечень жизненно - необходимых и важнейших лекарственных препаратов, но входящие в утвержденные стандарты оказания медицинской помощи, осуществляются в соответствии с решением врачебной комиссии медицинской организации, зафиксированным в медицинской документации.

1.4. Затраты медицинских учреждений, не входящие в состав компенсируемых расходов, предусмотренных данным тарифным соглашением, считаются нецелевым использованием средств обязательного медицинского страхования и подлежат обязательному восстановлению.

1.5. Основные понятия и термины:

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и

(или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратноемкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения без учета коэффициента относительной затратноемкости по клинико-статистической группе заболеваний);

Коэффициент относительной затратноемкости - устанавливаемый настоящими рекомендациями коэффициент затратноемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратноемкости к базовой ставке;

Коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации;

Поправочные коэффициенты - устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

Управленческий коэффициент - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе;

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть

различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами;

Коэффициент сложности лечения пациентов - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

Оплата медицинской помощи за услугу - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

Посещение (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках ППГ и ТППГ;

Законченный случай лечения в поликлинике – **обращение по поводу заболевания** (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2), когда цель обращения достигнута. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу;

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 п.3);

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполне-

ние объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).

II. Способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС КБР

1. При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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

за условную единицу трудоемкости (УЕТ) - при оказании стоматологической помощи;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу 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 гемодиализа (диализа);

при оплате высокотехнологичной медицинской помощи - за законченный случай лечения в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг гемодиализа (диализа);

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) - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи (оплата за вызов скорой медицинской помощи используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Кабардино-Балкарской Республики).

2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), участвующих в реализации территориальной программы ОМС, и условия оказания ими медицинской помощи изложены в Приложение 1.

3. Порядок оплаты медицинской помощи - Приложение 2.

III. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи

1. Тарифы на медицинские услуги по видам помощи в системе ОМС КБР представлены по видам:

1. Тарифы на законченный случай (КСГ) стационарной помощи по ОМС в КБР (Приложение 3).

1.1. Стоимость 1 случая оказания госпитализации (КСГ) в условиях круглосуточного стационара определяется как произведение базовой ставки на коэффициент относительной затратоемкости (федеральный), коэффициента уровня стационара, коэффициент сложности лечения пациента (в части детского населения), по формуле:

$$ССстац = БС \times Кзат \times Кур \times Кслп$$

1.2. Базовая ставка финансирования (расчетная стоимость 1 случая госпитализации без коэффициентов) в условиях круглосуточного стационара составляет – 17 906,18 руб.

1.3. Базовая ставка для расчета тарифов по круглосуточному стационару рассчитывается как частное от деления суммы имеющихся средств на стационарную медицинскую помощь на год на сумму всех сумм произведений объемов по каждой КСГ на коэффициент относительной затратоемкости, коэффициент уровня стационара, коэффициент сложности лечения пациента (для детских КСГ).

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

$$\text{БАЗОВАЯ СТАВКА} = \frac{\sum \text{ВСЕГО}}{\sum [\sum (V_i \times K_{zi} \times K_{ур.i})]} \quad \text{где}$$

V_i – объем (количество случаев госпитализации – КСГ) i -ой медицинской организации по i -той КСГ;

K_{zi} – коэффициент относительной затратноности i -ой КСГ i -ой медорганизации;

$K_{слп}$ – коэффициент сложности лечения пациента;

$K_{ур}$ – коэффициент уровня стационара.

1.4. Коэффициенты относительной затратноности для расчета тарифов по стационарной медицинской помощи применены в соответствии с приложением 1 к Методическим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017г. (Приложение 4)

1.5. Список КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня стационара и не применяется повышающий коэффициент или понижающий коэффициенты (Приложение 5)

1.6. Таблица средневзвешенных коэффициентов уровня стационара (Приложение 6)

2. Тарифы на законченный случай (КСГ) в дневном стационаре (всех типов)- Приложение 7.

2.1. Стоимость 1 случая оказания госпитализации (КСГ) в условиях дневных стационаров определяется как произведение базовой ставки на коэффициент относительной затратноности (федеральный) по формуле:

$$СС_{дн/ст} = БС \times K_{зат}$$

2.2. Базовая ставка финансирования (расчетная стоимость 1 случая госпитализации без коэффициентов) в условиях дневного стационара составляет – 7 656,22 руб.

2.3. Базовая ставка для расчета тарифов по дневному стационару рассчитывается как частное от деления суммы имеющихся средств на стационар-

ную медицинскую помощь на год на сумму всех сумм произведений объемов по каждой КСГ на коэффициент относительной затратно-емкости (федеральный).

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

$$\text{БАЗОВАЯ СТАВКА} = \frac{\Sigma \text{ВСЕГО}}{\Sigma [\Sigma (V_i \times K_{zi} \times K_{ур.i})]} \quad \text{где}$$

V_i – объем (количество случаев госпитализации – КСГ) i -ой медицинской организации по i -той КСГ;

K_{zi} – коэффициент относительной затратно-емкости i -ой КСГ i -ой медицинской организации;

2.4. Коэффициенты относительной затратно-емкости для расчета тарифов по дневному стационару применены в соответствии с приложением 2 к Методическим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2017г. (Приложение 8)

3. Тарифы на законченный случай ВМП (федеральные) в системе ОМС КБР - Приложение 9

4. Тарифы на амбулаторно-поликлиническую помощь представлены по видам:

4.1. Тарифы на 1 профилактическое посещение на приёме у специалистов (врачей) амбулаторно-поликлинических учреждений КБР - Приложение 10;

4.1.1. Стоимость 1 посещения определяется как произведение базовой ставки на коэффициент относительной затратно-емкости:

$$C_{\text{посещ.}} = \text{БС} \times K_{\text{зат}}$$

4.1.2. Базовая ставка финансирования посещений (расчетная стоимость 1 посещения без коэффициента относительной затратно-емкости) – 266,84 руб.

4.1.3. Относительные коэффициенты затратно-емкости по посещениям – Приложение 11

4.2. Тарифы на 1 обращение по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических учреждений - Приложение 12;

4.2.1. Стоимость 1 обращения определяется как произведение базовой ставки на коэффициент относительной затратноности:

$$C_{\text{Собрац.}} = BC \times K_{\text{зат}}$$

4.2.2. Базовая ставка финансирования обращений (расчетная стоимость 1 обращения без коэффициента относительной затратноности) – 781,47 руб.

4.2.3. Относительные коэффициенты затратноности по обращениям – Приложение 13.

4.3. Подушевое финансирование амбулаторно – поликлинической помощи:

4.3.1. Подушевой норматив - ежемесячный объем финансирования конкретной территориальной поликлиники на одного застрахованного прикрепленного жителя.

Размер подушевого финансирования на одно застрахованное лицо - 118,0 руб. в месяц;

4.3.2. Распределение застрахованного населения по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц – Приложение 14;

Перерасчет подушевых нормативов осуществляется по решению Комиссии по разработке территориальной программы ОМС с учетом изменения численности прикрепленного застрахованного населения.

4.3.2. Размеры половозрастных коэффициентов – Приложение 15

4.3.3. Дифференцированные подушевые нормативы для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, и финансовое обеспечение медорганизаций на 2018 год – Приложение 16.

5. Тарифы на отдельные виды медицинской помощи – Приложение 17;

6. Тарифы на экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – Приложение 18;

7. Тарифы на законченный случай диспансеризации взрослого населения (1,2 этапы) - Приложение 19;

8. Тарифы по услугам диспансеризации взрослого населения – Приложение 20;

9. Тарифы на законченный случай медицинского осмотра несовершеннолетних (1,2 этапы) – Приложение 21.;

10. Подушевое финансирование скорой медицинской помощи:

10.1. Подушевой норматив - ежемесячный объем финансирования стан-

ции (отделения) скорой медицинской помощи на одного застрахованного прикрепленного жителя.

Размер подушевого финансирования СМП на одно застрахованное лицо - 48,57 руб. в месяц.

10.2. Размеры половозрастных коэффициентов – Приложение 22

10.3. Прикрепленное население по станциям (отделениям) скорой медицинской помощи – Приложение 23

10.4. Дифференцированные подушевые нормативы для оплаты станций (отделений) скорой медицинской помощи и их финансовое обеспечение на 2018 год – Приложение 24.

11. Распределение средств на заработную плату медперсонала в образовательных учреждениях (подушевое финансирование) - Приложение 25.

12. Отнесение медицинских организаций к уровням оказания медицинской помощи – Приложение 26.

13. Классификатор стоматологических услуг – Приложение 27

14. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по видам помощи:

- в амбулаторных условиях – 3 505,4 руб.
- в стационарных условиях – 4 731,0 руб.
- в условиях дневного стационара – 793,4 руб.
- в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 560,7 руб.

IV. 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 - Приложение 28

V. Заключительные положения

1. По решению Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения. Изменения в Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника возмещения затрат.

2. Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания и распространяется на отношения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской республики с 01 января 2018 года.

3. Установить, что участники Соглашения не вправе в одностороннем порядке принимать решения, изменяющие документы, утвержденные настоящим Соглашением, или приводящие к увеличению расходов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, без внесения изменений в настоящее Соглашение.

Министр здравоохранения КБР



М.Б. Хубиев

Директор Территориального фонда
ОМС КБР



З.М. Бгажнокова

Директор ООО «Страховая
Медицинская Компания Ресо-Мед»
Кабардино-Балкарский филиал



А.З. Бесланеев

Председатель Кабардино-
Балкарской республиканской
организации профсоюза
работников здравоохранения РФ



О.В. Яськова

Член региональной общественной
организации «Кабардино-
Балкарское научное медицинское
общество терапевтов»



А.М. Кардангушева