

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НА 2021 ГОД

г. Нальчик

«18» января 2021 г.

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики в лице министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Калибатова Р.М. и заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Аникушиной Т.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики в лице директора Бгажноковой З.М. и начальника планово-экономического отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики Канкуловой М.А., страховые медицинские организации общество с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» и общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» в лице директора филиала общества с ограниченной ответственностью «Капитал медицинское страхование» в Кабардино-Балкарской Республике Болова А.Р. и директора общества с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» Кабардино-Балкарский филиал Дышековой Р.М., медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице члена Региональной общественной организации «Врачебная палата Кабардино-Балкарской Республики» Сижажевой С.Х., профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя союза «Объединение организаций профсоюзов Кабардино-Балкарской Республики» Амшоковой Ф.К. и председателя Кабардино-Балкарской Республиканской организации профсоюза работников здравоохранения РФ Яськовой О.В., в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;

постановлением Правительства КБР от 25.12.2020 № 303-ПП «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;

приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

письмом Минздрава России от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи»;

письмом Минздрава России № 11-7/И/2-20691, ФФОМС № 00-10-26-2-04/11-51 от 30.12.2020 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации)

и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики на 2021 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Предмет Тарифного соглашения

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами порядок и способы оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике (далее – Территориальная программа), являющейся составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кабардино-

Балкарской Республике на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства КБР от 25.12.2020 № 303-ПП, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, 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.

2. 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 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 – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной 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 Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратноемкости – устанавливаемый Методическими рекомендациями коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня)

медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленные объективными причинами;

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;

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – размер средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации – размер средств на осуществление деятельности медицинской организации в расчете на одно застрахованное лицо, выбравшее медицинскую организацию, для получения первичной медико-санитарной помощи, находящуюся на территории обслуживания скорой медицинской помощи.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования – сумма финансовых средств на одно застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для определения объема подушевого финансирования.

Размер финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов – средний размер финансового обеспечения ФП/ФАП, установленный Территориальной программой в зависимости от численности обслуживаемого (прикрепленного) населения, при условии их соответствия

требованиям, установленным нормативным правовым актом Министерства здравоохранения Российской Федерации;

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 настоящим Тарифным соглашением.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3. При реализации Территориальной программы применяются следующие способы оплаты медицинской помощи

3.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной 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), в том числе:

с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) при оплате профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, 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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-

генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии и др.);

по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации).

3.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара:

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

за медицинскую услугу (применяется при оплате услуг диализа);

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.

3.3. 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.

3.4. Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы и применяемые способы оплаты изложены в Приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4. Структура тарифов

4.1. Тарифы на оплату медицинской помощи – группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по оказанию медицинской помощи,

предусмотренной территориальной программой. Тарифы формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для всех страховых медицинских организаций, реализующих программу обязательного медицинского страхования.

4.2. Тарифы рассчитаны с учетом затрат медицинских организаций, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), мощности медицинских организаций, территориальной удаленности, фактически оказанных объемов медицинской помощи и плановых (прогнозных) показателей на 2021 год в пределах средств, предусмотренных в бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики на реализацию Территориальной программы.

4.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции, полученной из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, 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.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период

2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299, тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования включают 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), организацию 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.

5. Размер тарифов

5.1. Размер тарифа на оплату медицинской помощи определяется дифференцированно с учетом уровня медицинской организации (коэффициент уровня):

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных

образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации третьего уровня (структурном подразделении) применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

5.2. Распределение медицинских организаций по уровням установлено Приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению.

5.3. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по способам оплаты, указанным в подпунктах 3.1. и 3.3. пункта 3 настоящего Тарифного соглашения, установлено:

1) средний подушевой норматив финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой на год, составляет:

– в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 4 707,9 руб.;

– в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 762,3 руб.;

2) значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключающий влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях:

– в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 0,42366;

– в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 0,98952.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 1 994,6 руб. и 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 том числе оказываемую структурными подразделениями медицинских организаций, а также обособленными структурными подразделениями медицинских организаций, размещенными в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

– профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации;

– расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

– расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, молекулярно-биологических исследований (МБИ) крови на вирус гепатита В и С (качественное и количественное), ультразвуковой пренатальной диагностики, диагностических исследований мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии;

– расходов на оплату медицинской помощи по профилю «нефрология» при проведении процедур диализа;

– расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

– расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на стоматологическую помощь;
- расходов на медицинскую помощь, для которой установлен способ оплаты – за единицу объема медицинской помощи.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитанный исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 754,4 руб. и не включает расходы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в случае проведения тромболизиса;

3) коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования и значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования:

- в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установлены Приложением 3;

- в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации установлены Приложением 4;

4) базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания:

- на посещение при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях – 294,2 руб.;

- на обращение по поводу заболевания при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях – 853,1 руб.;

- на услуги диализа – 3 950,0 руб., перитониального диализа – 3 120,5 руб.;

- на стоматологическую медицинскую помощь по посещениям и обращениям с учетом УЕТ врача стоматолога – 140,0 руб., зубного врача – 112,0 руб.;

- на вызов скорой медицинской помощи – 2 686,2 руб., с проведением тромболизиса – 62 566,3 руб.;

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях за единицу объема и поправочные коэффициенты, применяемые для определения стоимости посещений, обращений по поводу заболевания и услуг диализа к базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, установлены в Приложениях 5, 6 и 7 к настоящему

Тарифному соглашению.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях представлен в Приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) молекулярно-биологических исследований (МБИ) крови на вирус гепатита В и С (качественное и количественное), ультразвуковой пренатальной диагностики, диагностических исследований мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и тканей человека, обусловленного заболеваемостью населения установлены в Приложении 9 к настоящему Тарифному соглашению.

5) значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, учитывающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации) используемые при определении дифференцированных подушевых нормативов установлены в Приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению;

Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации и коэффициент к тарифу в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни:

а) профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение 11 к настоящему Тарифному соглашению);

б) диспансеризация определенных групп взрослого населения и диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и детей-сирот, и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение 12 к настоящему Тарифному соглашению);

в) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (Приложение 13 к настоящему Тарифному соглашению);

Тарифы на медицинские услуги с применением мобильных

медицинских комплексов не установлены в связи с отсутствием мобильных медицинских комплексов в Кабардино-Балкарской Республике.

б) значения коэффициента дифференциации к подушевому нормативу на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала установлены в Приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

7) базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 601,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 798,0 тыс. рублей;

8) значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен) приведены в Приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению.

9) перечень показателей результативности деятельности медицинской организации, имеющих прикрепившихся лиц, (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения) приведен в Приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

5.4. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по способам оплаты, указанным в подпункте 3.2 пункта 3 настоящего Тарифного соглашения, установлено:

1) перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлен в соответствии с

Приложением № 3 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299;

2) значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратноемкости, специфики оказания медицинской помощи и коэффициента сложности лечения пациентов:

- в условиях круглосуточного стационара – 0,65;
- в условиях дневного стационара – 0,60.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), составляет:

- в условиях круглосуточного стационара – 23 456,23 руб.;
- в условиях дневного стационара – 13 285,02 руб.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской 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 год, составляет:

- в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях – 5 061,97руб.;
- в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1 268,55 руб.;

3) значения коэффициентов относительной затратноемкости и коэффициентов специфики по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в Приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению;
- для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в Приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению;

4) значения коэффициента сложности лечения пациента установлены в

Приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению;

5) значения коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации, в разрезе медицинских организаций установлены в Приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению;

6) нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в Территориальной программе, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования приведены в Приложении 20 к настоящему Тарифному соглашению;

7) доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведены в Приложении 21 к настоящему Тарифному соглашению;

8) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по клинко-статистическим группам представлены в Приложении 22 к настоящему Тарифному соглашению.

9) размеры оплаты случаев медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара при выполнении (невыполнении) хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии установлены в Приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание

либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) и рекомендации по его применению представлен в Приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

V. ОБЪЕМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ

Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой, между медицинскими организациями представлены в Приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению.

VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2021 года, действует до 31 декабря 2021 года включительно, распространяется на отношения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи с 01 января 2021 года по 31 декабря 2021 года включительно.

В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения в следующих случаях:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных разделами 2 и 3 настоящего Тарифного соглашения;

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования, утвержденные приказом Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения

перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

Изменения в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Министр здравоохранения

Кабардино-Балкарской Республики

Р.М. Калибатов

Заместитель министра здравоохранения

Кабардино-Балкарской Республики

Т.В. Аникушина

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики

З.М. Бгажнокова

Начальник планово-экономического отдела
Территориального фонда обязательного
медицинского страхования

Кабардино-Балкарской Республики

М.А. Канкулова

Директор филиала ООО «Капитал МС»
в Кабардино-Балкарской Республике

А.Р. Болов

Директор ООО «СМК РЕСО-Мед»
Кабардино-Балкарский филиал

Р.М. Дышекова

Председатель союза «Объединение
организаций профсоюзов КБР»

Ф.К. Амшокова

Председатель Кабардино-Балкарской
республиканской организации
профсоюза работников здравоохранения РФ

О.В. Яськова

Член региональной общественной
организации «Врачебная палата КБР»

С.Х. Сижажева