

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НА 2023 ГОД

г. Нальчик

«29» декабря 2022 г.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики в лице министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Калибатов Р.М. и заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Аникушиной Т.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики Бгажноковой З.М. и начальника финансово-экономического управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики Канкуловой М.А., страховые медицинские организации 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 «Кабардино-Балкарское научное медицинское общество терапевтов» Курдановой А.Д. и члена Региональной общественной организации «Врачебная палата КБР» Хоконовой Т.М., профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Кабардино-Балкарской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения РФ Яськовой О.В. и члена молодежного совета Союза «Объединение организаций профсоюзов Кабардино-Балкарской Республики» Бугова А.А., 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»;

постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;

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»;

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

приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

приказом Минздрава России от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»;

постановлением Правительства КБР от 29.12.2022 № 293-ПП «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»;

письмом Минздрава России от 13.01.2022 № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022-2024 годы»;

письмом Минздрава России от 04.02.2022 № 11-7/И/2-1631 «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 2023 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами 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 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной постановлением Правительства КБР от 29.12.2022 № 293-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.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

При реализации Территориальной программы применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Способ оплаты 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.

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

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении 21 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

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

лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно Приложению 21 к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

4. 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;

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

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной с проведением тромболизиса, производится за единицу объема медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлены в Приложении 1 к Тарифному соглашению.

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики на финансовое обеспечение Территориальной программы, с учетом нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых

затрат на единицу объема, установленных Территориальной программой в соответствии с федеральными нормативами объемов медицинской помощи и федеральными нормативами финансовых затрат на единицу объема.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 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.

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 2023 год.

5. При определении тарифа на оплату медицинской помощи, в амбулаторных условиях установлены:

5.1. половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения в соответствии с Приложением 2 к Тарифному соглашению;

5.2. в рамках подушевого норматива финансирования осуществляется финансовое обеспечение первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи медицинских организаций, имеющих прикрепленное население;

5.3. вне подушевого норматива финансирования осуществляется финансовое обеспечение первичной (первичной специализированной)

медико-санитарной помощи медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население;

5.4. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 5 840,8 рублей;

5.5. размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляет 2 021,5 рублей 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:

средств на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

средств на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

средств на оплату медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

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

средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

средств на оплату медицинской помощи, для которой установлен способ оплаты – за единицу объема медицинской помощи;

5.6. значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, рассчитанные на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, представлены в Приложении 3 к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования рассчитаны с учетом:

коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, которые представлены в Приложении 4 к Тарифному соглашению;

коэффициентов половозрастного состава прикрепившегося населения, представленных в Приложении 3 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) и коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Кабардино-Балкарской Республике для всех медицинских организаций, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, принимаются равными 1,0.

Значение коэффициента дифференциации для Кабардино-Балкарской Республики равно 1,0.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, в размере 1% в общем объеме медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включен в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов равен 0,9228;

5.7. тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в Кабардино-Балкарской

Республике лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации:

отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, установленной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» и поправочные коэффициенты к базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи представлены в Приложении 5 к Тарифному соглашению;

услуг диализа и коэффициенты относительной затратно-емкости представлены в Приложении 6 к Тарифному соглашению;

посещений, обращений по поводу заболевания и поправочные коэффициенты к базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, установлены в Приложениях 7, 8 к 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 представлено в Приложении 5 к Методическим рекомендациям.

В соответствии с пунктом 2.15. Методических рекомендаций Перечень медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установленный Приложением 5 к Методическим рекомендациям, расширен медицинскими услугами, включенными в Номенклатуру медицинских услуг, установленной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в соответствии со следующей таблицей:

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
A06.07.004	Ортопантомография		0,75
A16.07.047	Ортодонтическая коррекция съёмным ортодонтическим аппаратом		1,75;

профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, поправочные коэффициенты, применяемые для определения стоимости комплексного посещения к базовому нормативу

финансовых затрат на оплату медицинской помощи и коэффициент к тарифу в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни:

профилактических медицинских осмотров взрослого населения представлены в Приложении 9 к Тарифному соглашению;

диспансеризации 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 приведены в Приложении 10 к Тарифному соглашению;

профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних приведены в Приложении 11 к Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги с применением мобильных медицинских комплексов не установлены в связи с отсутствием мобильных медицинских комплексов в Кабардино-Балкарской Республике.

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 – 312,7 рублей;

на посещение в неотложной форме при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях – 770,0 рублей;

на обращение по поводу заболевания при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях – 906,8 рублей;

на услуги диализа – 3 950,0 рублей, перитонеального диализа – 3 120,5 рублей;

на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований:

компьютерной томографии – 2 692,1 рублей;

магнитно-резонансной томографии – 3 675,9 рублей;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 543,6 рублей;

эндоскопического диагностического исследования – 996,8 рублей;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 371,1 рублей;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 064,5 рублей;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 399,6 рублей;

на обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 19 906,0 рублей;

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

на вызов скорой медицинской помощи – 3 267,4 рублей, с проведением тромболизиса – 27 967,4 рублей;

на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 051,5 рублей;

на комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр – 2 507,2 рублей;

на комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации – 1 084,1 рублей;

на комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения – 1 268,6 рублей.

5.8. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций представлены в Приложении 12 к Тарифному соглашению.

5.9. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и значения коэффициентов 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 приведены в Приложении 13 к Тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 174,2 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 860,3 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 2 088,9 тыс. рублей;

Для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения менее 100 и более 2000 человек размер финансового обеспечения определяется с применением понижающего и повышающего коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения от 100 до 900 человек и от 1500 до 2000 человек соответственно.

6. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены:

6.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой:

в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях за исключением медицинской реабилитации – 5 721,95 рублей, по профилю «Медицинской реабилитации» в условиях круглосуточного стационара – 211,97 рублей;

в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за исключением медицинской реабилитации – 1 580,16 рублей, по профилю «Медицинской реабилитации» в условиях дневного стационара – 50,34 рублей.

6.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в соответствии с перечнем 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 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497;

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

в условиях круглосуточного стационара – 26 011,38 рублей (65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного Территориальной программой);

в условиях дневного стационара – 15 052,44 рублей (60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного Территориальной программой).

Тарифы по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного и дневного стационаров составляет 41 494,0 рублей и 22 899,9 рублей соответственно.

6.4. Значения коэффициентов:

а) коэффициентов относительной затратно-емкости 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 14 к Тарифному соглашению;

– для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в Приложении 15 к Тарифному соглашению;

б) коэффициентов сложности лечения пациента установлены в Приложении 16 к Тарифному соглашению;

в) коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций установлены в Приложении 17 к Тарифному соглашению:

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

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

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

6.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи приведен в Приложении 18 к Тарифному соглашению.

6.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ приведены в Приложении 19 к Тарифному соглашению.

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

$$CC_{КСГ} = BC \times KZ_{КСГ} \times ((1 - D_{ЗП}) + D_{ЗП} \times KC_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + BC \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

- BC размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
- $KZ_{КСГ}$ коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $D_{ЗП}$ доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением к Территориальной программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
- $KC_{КСГ}$ коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- $KУС_{МО}$ коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

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

6.7. Тарифы на оплату услуг диализа и коэффициенты относительной затратно-емкости представлены в Приложении 6 к Тарифному соглашению.

6.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации представлен в Приложении 20 к Тарифному соглашению.

6.9. Размер 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 определяются с учетом перечня КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, приведенного в Приложении 21 к Тарифному соглашению.

6.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в Приложении 22 к Тарифному соглашению;

6.11. 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 и 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 23 к Тарифному соглашению.

7. При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установлены:

7.1. В рамках подушевого норматива финансирования осуществляется финансовое обеспечение 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).

7.2. Вне подушевого норматива финансирования осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации с проведением тромболизиса.

7.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 925,2 рублей.

7.4. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитанный исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими

организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, составляет 918,3 рублей на одно застрахованное лицо, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы, 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 лицам, застрахованным за пределами Кабардино-Балкарской Республики.

7.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, рассчитанные на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации представлены в Приложении 24 к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования рассчитаны с учетом коэффициентов половозрастного состава обслуживаемого населения, представленных в Приложении 24 к Тарифному соглашению.

Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) и коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Кабардино-Балкарской Республике для всех медицинских организаций, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, принимаются равными 1,0.

Значение коэффициента дифференциации для Кабардино-Балкарской Республики равно 1,0.

Поправочный коэффициент, используемый при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов равен 1,0115.

7.6. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Кабардино-Балкарской Республики лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, составляет:

на вызов скорой медицинской помощи – 3 267,4 рублей;

на вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитика – 27 967,4 рублей;

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 25 к Тарифному соглашению.

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

Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, в разрезе медицинских организаций по видам, формам и условиям предоставления медицинской помощи представлено в Приложении 26 к Тарифному соглашению.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями в рамках общих объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой в части базовой программы обязательного медицинского страхования.

Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по профилям медицинской помощи в разрезе медицинских организаций представлены в Приложении 27 к Тарифному соглашению.

VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания, распространяется на отношения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи с 1 января 2023 года по 31 декабря 2023 года включительно.

В 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) при внесении изменений в распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных разделами 2 и 3 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 Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

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

Представители сторон:

Министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики

Р.М. Калибатов

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики

З.М. Бгажнокова

Заместитель министра здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики

Т.В. Аникушина

Начальник финансово-экономического
управления ТФОМС КБР

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

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

А.Д. Курданова

Член региональной общественной
организации «Врачебная палата КБР»

Т.М. Хоконова

Председатель Кабардино-Балкарской
республиканской организации профсоюза
работников здравоохранения РФ

О.В. Яськова

Член молодежного совета Союза
«Объединение организаций профсоюзов
Кабардино-Балкарской Республики»

А.А. Бугов