

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НА 2022 ГОД

г. Нальчик

«13» января 2022 г.

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»;

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 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»;

постановлением Правительства КБР от 30.12.2021 № 282-ПП «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 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 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 № 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 2022 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 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства КБР от 30.12.2021 № 282-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 затратоемкости 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 затратоемкости – 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);

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

дифференциации.

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 клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-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, обусловленный объективными причинами;

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый 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, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации 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) 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;

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

углубленной диспансеризации;

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):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний);

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 23 к настоящему Тарифному соглашению.

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

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний). При оказании услуг диализа за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения;

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 23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4. 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; с проведением тромболизиса).

3.5. 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 2022 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 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.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2021 № 2505, тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования рассчитываются с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

5. Размер тарифов

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

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;

4) значение коэффициента дифференциации для Кабардино-Балкарской Республики – 1,000.

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 3.4. 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 – 5 147,1 рублей;

- в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 811,9 рублей;

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, фельдшерских-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 – 0,39457;

- в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 0,99006.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 2 030,9 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:

- 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), 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 стоматологическую помощь;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов для проведения углубленной диспансеризации;

- расходов для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации;

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

- 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 803,8 рублей.

В подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включаются 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.

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.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включают расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

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 – 297,8 рублей;

- на посещение в неотложной форме при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях – 713,7 рублей;

- на обращение по поводу заболевания при оказании медицинскими организациями медицинской помощи в амбулаторных условиях – 863,6 рублей;

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

рублей;

на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований:

компьютерной томографии – 2 542,0 рублей;

магнитно-резонансной томографии – 3 575,0 рублей;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 492,1 рублей;

эндоскопического диагностического исследования – 923,3 рублей;

молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8 174,2 рублей;

патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 021,3 рублей;

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 600,5 рублей;

на обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 18 438,4 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 – 2 857,3 рублей, с проведением тромболизиса – 62 737,3 рублей

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 и поправочные коэффициенты на проведение 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), 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) Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи:

на комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 2 015,9 рублей;

на комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр – 2 492,5 рублей;

на комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации – 1 017,5 рублей.

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, и поправочные коэффициенты, применяемые для определения стоимости комплексного посещения к базовому нормативу финансовых затрат на оплату медицинской помощи, установлены в Приложениях 10, 11 и 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), используемых при определении дифференцированных подушевых нормативов установлены в Приложении 3 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 10 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 11 к настоящему Тарифному соглашению);

в) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (Приложение 12 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.

6) 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 13 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, – 1 087,7 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 723,1 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 934,9 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 14 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ/КПГ} = БС \times КЗ_{КСГ/КПГ} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times ПК \times КД), \text{ где:}$$

БС размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;

КЗ_{КСГ/КПГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ

или КПП, к которой отнесен данный случай госпитализации

Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД);
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

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 15 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 подпунктах 3.2. и 3.3. 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 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505;

2) значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости, 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 – 24 255,40 рублей;

– в условиях дневного стационара – 13 915,62 рублей.

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 – 5 355,52 рублей;

– в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1 472,16 рублей;

3) значения коэффициентов относительной затратоемкости 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 16 к настоящему Тарифному соглашению;

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

4) значения коэффициента сложности лечения пациента установлены в Приложении 18 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 19 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 20 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 21 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 определяются с учетом перечня КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, приведенного в Приложении 22 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 23 к настоящему Тарифному соглашению.

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

6. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой, между медицинскими организациями представлены в Приложении 24 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по профилям медицинской помощи представлены в Приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению

VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее 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 2022 года по 31 декабря 2022 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) 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 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.

Представители сторон:

Министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики



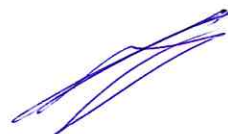
Р.М. Калибатов

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