ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики на 2020 год

г. Нальчик «30» декабря 2019 г.

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики в лице министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Калибатова Р.М., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики в лице директора Бгажноковой З.М., страховые медицинские организации (далее – СМО) в лице директора филиала общества с ограниченной ответственностью «Капитал медицинское страхование» в Кабардино-Балкарской Республике Болова А.Р., медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице члена Региональной общественной организации «Кабардино-Балкарское научное медицинское общество терапевтов» Курдановой А.Д., общественная организация Кабардино-Балкарская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Яськовой О.В., в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Кабардино-Балкарской Республике на 2020 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Тарифное соглашение разработано 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» (далее – Правила);

Приказом ФФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

Приказом Минздрава России от 13.10.2017 N 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

Постановлением Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 30.12.2019 № 257-ПП «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

Письмом Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;

Письмом Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФФОМС N 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации);

Письмом ФФОМС от 13.12.2019 № 17151/26-1/и «В дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (вместе с «Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования») и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

1.2. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам (далее – тарифы) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике (далее – ТП ОМС), способы оплаты медицинской помощи, 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.

1.3. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно – СМО, МО), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

1.4. Основные понятия и термины, используемые в рамках настоящего Тарифного соглашения:

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 ТП ОМС.

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).

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

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий

учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

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.

Законченный случай лечения в поликлинике (за исключением стоматологии) – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее 2 посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).

Прикрепившееся население (прикрепленное население) – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, получающие медицинские услуги в медицинской организации по месту жительства (пребывания), работы или по выбору застрахованного лица и включенные в поименные списки, образующие участки обслуживаемого населения (фельдшерские, терапевтические (в том числе цеховые), педиатрические, врача общей практики (семейного врача), комплексные.

Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения – медицинские организации, организационная структура которых не предусматривает наличие участков прикрепленного населения.

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций зависит от численности прикрепленного населения и размера подушевого норматива финансирования.

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.

Детское население – застрахованные лица в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев 29 дней включительно.

Взрослое население – застрахованные лица в возрасте от 18 лет и старше.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики (далее – ТФОМС) совместно с Министерством здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, разрабатывает и утверждает порядок и форматы информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО.

2. Способы оплаты медицинской помощи

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

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

медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Кабардино-Балкарской Республики, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

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

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

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

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

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

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

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

2.4. 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.

2.5. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской

помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.6. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

2.7. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, условия оказания медицинской помощи и применяемые способы оплаты изложены в Приложении № 1.

2.8. Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи в соответствии с утвержденными способами оплаты установлен в Приложении № 2.

3. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи – группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной ТП ОМС. 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 ОМС.

3.2. 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 2020 год в пределах средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС на выполнение ТП ОМС.

3.3. 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 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610, 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.

3.4. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи – для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

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

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

3.4.1. Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи установлено Приложением № 3.

3.5. Для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по способам оплаты, в соответствии с пунктами 2.1 и 2.4, установлено:

1) базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме, в 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, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, молекулярно-биологического исследования (МБИ) на определение вируса и генотипа гепатита С (качественное и количественное), молекулярно-биологического исследования (МБИ) на определение вируса гепатита В (качественное и количественное), ультразвуковой пренатальной диагностики, диагностических исследований мазков из цервикального канала методом жидкостной цитологии;

– расходов на финансовое обеспечение мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров, включая первое посещение в текущем году по поводу диспансерного наблюдения, диспансеризации всех видов, порядки проведения которых установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

– 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 (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2) 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 амбулаторных условиях – 4 306,5 руб.;

– в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 688,3 руб.

3) размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на год составляет:

– в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях – 1 749,95 руб. (145,83 руб. на месяц);

– в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 700,38 руб. (58,37 руб. на месяц).

4) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для однородных групп медицинских организаций, рассчитанных на основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации установлены Приложениями № 4 и 5;

а) размер коэффициентов уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций, используемых для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц установлен Приложением № 6;

б) половозрастные коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования абулаторно-поликлинической помощи – Приложение № 7;

в) половозрастные коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи – Приложение № 8;

г) коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц – Приложение № 9;

5) перечень фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи с указанием численности обслуживаемого населения представлен Приложением № 10;

6) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, оплате медицинской помощи, не вошедшей в подушевой норматив финансирования, а также оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования:

– за медицинскую услугу (Приложения № 11 и 12);

– за посещение (Приложение № 13);

– за обращение (законченный случай) (Приложение № 14);

– за оказание стоматологической медицинской помощи (Приложение № 19);

– за проведение мероприятий по профилактическим осмотрам и диспансеризации отдельных категорий граждан:

а) профилактические медицинские осмотры взрослого населения (Приложение № 15);

б) диспансеризация определенных групп взрослого населения (Приложение № 16);

в) профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (Приложение № 17);

г) диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 19);

д) диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (Приложение № 19);

ж) тарифы на отдельные виды медицинских исследований, включенных в профилактические мероприятия (Приложение 18);

– за вызов скорой медицинской помощи (Приложение № 19).

3.5.1. Классификатор стоматологических услуг, оказываемых населению в медицинских организациях Кабардино-Балкарской Республики представлен Приложением № 20.

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

3.5.3. Тарифы на медицинские услуги с применением телемедицинских технологий не установлены в связи с отсутствием на территории Кабардино-Балкарской Республики медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

3.6. Для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по способам оплаты, в соответствии с пунктом 2.2. и 2.3., установлено:

1) 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 – 5 406,8 руб.;

– в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара – 1 174,0 руб.;

2) перечень групп заболеваний (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости установлен:

– для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, согласно Приложению № 21;

– для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, согласно Приложению № 22;

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

– в условиях круглосуточного стационара – 22 563,9 руб.;

– в условиях дневного стационара – 12 272,6 руб.

4) поправочные коэффициенты КСГ установлены:

– управленческие коэффициенты для КСГ круглосуточного и дневного стационаров – Приложения № 21 и № 22 соответственно;

– коэффициенты сложности лечения пациента – Приложение № 22;

– коэффициенты уровней оказания медицинской помощи – Приложение № 3;

5) размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлен Приложением № 2;

6) тарифы на оплату услуг диализа, включающих различные методы, установлены в Приложении № 12;

7) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в условиях круглосуточного стационара с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены в Приложении № 24.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

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.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2020 года, действует до 31 декабря 2020 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 2020 года по 31 декабря 2020 года включительно, в том числе начатые ранее.

5.2. Приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.3. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике. Изменения и дополнения оформляются Дополнительным соглашением, подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики
_____ Р.М. Калибатов

Директор Территориального фонда обязательного медицинского
страхования Кабардино-Балкарской Республики
_____З.М. Бгажнокова

Директор филиала ООО «Капитал МС»
в Кабардино-Балкарской Республике
_____ А.Р. Болов

Председатель Кабардино-Балкарской республиканской организации
профсоюза работников здравоохранения РФ
_____О.В. Яськова

Член региональной общественной организации
«Кабардино-Балкарское научное медицинское
общество терапевтов»
_____А.Д. Курданова