

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному
медицинскому страхованию
в Кабардино-Балкарской Республике на 2019 год

28 декабря 2018 года

г. Нальчик

Настоящее Соглашение заключено в соответствии со статьей 30 Федерального Закона от 29.11.2010 г. 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях предоставления гражданам на территории Кабардино-Балкарской Республики равных условий в получении бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и действует с 1 января 2019 года по 31 декабря 2019 года.

Участники Тарифного Соглашения – Правительство Кабардино-Балкарской Республики в лице министра здравоохранения КБР М.Б. Хубиева, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования КБР в лице директора фонда З.М. Бгажноковой, от страховых медицинских организаций в лице директора Филиала общества с ограниченной ответственностью «Капитал медицинское страхование» в Кабардино-Балкарской Республике А.Р. Болова, Кабардино-Балкарская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя О.В. Яськовой, Региональная общественная организация «Кабардино-Балкарское научное медицинское общество терапевтов» в лице А.Д. Курдановой на основании протокола № 18 от 28.12.2018 г. Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике, образованной распоряжением Правительства КБР от 09.12.2014 г. № 753-рп, заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в КБР на 2019 год.

I. Общие положения

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

- Конституция Российской Федерации;
- Гражданский кодекс Российской Федерации;

- Налоговый кодекс Российской Федерации;
- Бюджетный кодекс Российской Федерации;
- Трудовой кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 03.08.2018 г. № 299-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 28.11.2018 г. №433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018г. № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Постановление Правительства КБР № 258-ПП от 21.12.2018г. «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам в Кабардино-Балкарской Республике медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Закона КБР № 51-РЗ от 28.12.2018г «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования КБР на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 г. № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от

21.12.2018 г. № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

– Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования на 2019 год (далее - Методические рекомендации) - совместное письмо от 21.11.2018 г. Министерства здравоохранения РФ № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда ОМС № 14525/26-1/и)

1.1. Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов (далее по тексту – тарифы) на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики.

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

1.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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

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

1.5. Основные понятия и термины:

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

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

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

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями на 2019 год (средняя стоимость законченного случая лечения без учета коэффициента относительной затратноемкости по клинико-статистической группе заболеваний);

Коэффициент относительной затратноемкости – устанавливаемый Методическими рекомендациями на 2019 год коэффициент затратноемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратноемкости к 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;

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

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами;

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

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных Методическими рекомендациями на 2019 год;

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

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

Законченный случай лечения в поликлинике – обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не

менее 2), когда цель обращения достигнута. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений.

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

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

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

II. Способы оплаты медицинской помощи

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

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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

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

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

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

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

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

г) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

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

д) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

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

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу

финансирования на прикрепившихся к данной 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).

2. Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, условия оказания медицинской помощи и применяемые способы оплаты изложены в Приложении 1.

3. Порядок оплаты медицинской помощи – Приложение 2.

III. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи

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

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

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

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

1.2. Базовая ставка финансирования (расчетная стоимость 1 случая госпитализации без коэффициентов) в условиях круглосуточного стационара составляет

1.2.1 – для случаев госпитализации без онкологии – 17 123,64 руб.;

1.2.2 – для случаев госпитализации по онкологии – 15 677,44 руб. (при средней стоимости случая госпитализации 70 919,72 руб.)

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

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

$$\text{БАЗОВАЯ СТАВКА} = \frac{\sum \text{ВСЕГО}}{\sum [\sum (Vi \times Kzi \times Кур.i)]}, \text{ где}$$

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

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

$K_{ур}$ – коэффициент уровня стационара.

1.4. Коэффициенты относительной затратно-емкости для расчета тарифов по стационарной медицинской помощи применены в соответствии с приложением 1 к Методическим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2018г. (Приложение 3)

1.5. Список КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня стационара и не применяется повышающий коэффициент или понижающий коэффициенты (Приложение 4)

1.6. Таблица средневзвешенных коэффициентов уровня стационара (Приложение 5)

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

2.1. Стоимость 1 случая лечения (КСГ) в условиях дневных стационаров определяется как произведение базовой ставки на коэффициент относительной затратно-емкости (федеральный) по формуле:

$$СС_{дн/ст} = БС \times K_{зат}$$

2.2. Базовая ставка финансирования (расчетная стоимость 1 случая лечения без коэффициентов) в условиях дневного стационара составляет:

2.2.1 – для случаев лечения без онкологии – 7 240,30 руб.;

2.2.2 – для случаев лечения по онкологии – 21 757,79 руб. (при средней стоимости случая лечения 70 119,78 руб.)

2.3. Базовая ставка для расчета тарифов по дневному стационару рассчитывается как частное от деления суммы имеющихся средств на стационарную медицинскую помощь на год на сумму всех сумм произведений объемов по каждой КСГ на коэффициент относительной затратно-емкости (федеральный).

Базовая ставка рассчитывается по формуле:

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

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

K_{zi} – коэффициент относительной затратно-емкости i -ой КСГ i -ой медорганизации.

2.4. Коэффициенты относительной затратно-емкости для расчета тарифов по дневному стационару применены в соответствии с приложением 2 к Методическим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования от 21.11.2018г. (Приложение 6)

3. Тарифы на законченный случай ВМП (федеральные) в системе ОМС КБР – Приложение 7

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

4.1. Тарифы на 1 профилактическое посещение на приёме у специалистов (врачей) амбулаторно-поликлинических учреждений КБР – Приложение 8;

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

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

4.1.2. Базовая ставка финансирования посещений (расчетная стоимость 1 посещения без коэффициента относительной затратно-емкости) – 280,16 руб.;

4.1.3. Относительные коэффициенты затратно-емкости по посещениям – Приложение 9;

4.2. Тарифы на 1 обращение по поводу заболевания в амбулаторно-поликлинических учреждениях – Приложение 10;

4.2.1. Стоимость 1 обращения определяется как произведение базовой ставки на коэффициент относительной затратно-емкости:

ССобращ.= БС x Кзат

4.2.2. Базовая ставка финансирования обращений (расчетная стоимость 1 обращения без коэффициента относительной затратоемкости) – 820,54 руб.

4.2.3. Относительные коэффициенты затратоемкости по обращениям – Приложение 11.

4.3. Подушевое финансирование амбулаторно – поликлинической помощи:

4.3.1. Подушевой норматив – ежемесячный объем финансирования медицинской организации (поликлиники) на одного застрахованного прикрепленного жителя.

Размер подушевого финансирования на одно застрахованное лицо – 153,69 руб. в месяц;

4.3.2. Прикрепленное население по медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь – Приложение 12;

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

4.3.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации базового подушевого норматива амбулаторно-поликлинической помощи – Приложение 13;

4.3.4. Дифференцированные подушевые нормативы для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, и финансовое обеспечение медорганизаций на 2019 год – Приложение 14.

5. Тарифы на отдельные виды медицинской помощи – Приложение 15;

6. Тарифы на законченный случай диспансеризации взрослого населения (1,2 этапы) – Приложение 16;

7. Тарифы по услугам профмероприятий – Приложение 17;

8. Тарифы на законченный случай профилактического осмотра несовершеннолетних (1,2 этапы) – Приложение 18;

9. Подушевое финансирование скорой медицинской помощи:

9.1. Подушевой норматив – ежемесячный объем финансирования станции (отделения) скорой медицинской помощи на одного застрахованного прикрепленного жителя.

Размер подушевого финансирования СМП на одно застрахованное лицо – 56,18 руб. в месяц.

9.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации базового

подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи – Приложение 19

9.3. Прикрепленное население по станциям (отделениям) скорой медицинской помощи – Приложение 20

9.4. Дифференцированные подушевые нормативы для оплаты станций (отделений) скорой медицинской помощи и их финансовое обеспечение на 2019 год – Приложение 21.

10. Отнесение медицинских организаций к уровням оказания медицинской помощи – Приложение 22.

13. Классификатор стоматологических услуг – Приложение 23.

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

- в амбулаторных условиях – 3 930,3 руб.;
- в стационарных условиях – 29 324,7 руб.;
- в условиях дневного стационара – 18 915,5 руб.;
- в части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – 668,3 руб.

IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества – Приложение 24

V. Заключительные положения

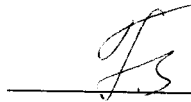
1. По решению Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в КБР в настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения. Изменения в Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника возмещения затрат.

2. Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2019 года, распространяется на отношения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской республики, действует по 31 декабря 2019 г. включительно и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2019 года, в том числе начатые ранее.

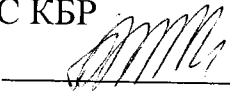
3. Установить, что участники Соглашения не вправе в одностороннем порядке принимать решения, изменяющие документы, утверждённые настоящим Соглашением, или приводящие к увеличению расходов на оплату

медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, без внесения изменений в настоящее Соглашение.


Министр здравоохранения КБР


_____ М.Б. Хубиев

Директор Территориального фонда ОМС КБР


_____ З.М. Бгажнокова

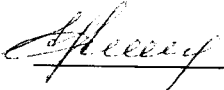
Директор филиала ООО «Капитал МС»
в Кабардино-Балкарской Республике


_____ 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