

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НА 2025 ГОД

г. Нальчик

«28» декабря 2024 г.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики в лице министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Калибатова Р.М. и заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики Аникушиной Т.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики в лице директора 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 Кабардино-Балкарского филиала общества с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» Дышековой Р.М., медицинские профессиональные некоммерческие организации в лице члена Региональной общественной организации «Врачебная палата Кабардино-Балкарской Республики» Хоконовой Т.М. и члена Региональной общественной организации «Кабардино-Балкарское научное медицинское общество терапевтов» Беркетовой Д.А., профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя общественной организации Кабардино-Балкарской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения РФ Яськовой О.В. и члена молодежного совета Союза «Федерация профсоюзов Кабардино-Балкарской Республики» Бугова А.А., в дальнейшем совместно именуемые «стороны», в соответствии с

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

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

постановлением Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа);

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

приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

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

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

приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (вместе с «Порядком проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»);

приказом Минздрава России от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 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» (вместе с «Правилами 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», «Методикой распределения субвенций, предоставляемых 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») (далее – Постановление № 462);

указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее – Указ);

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

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

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

постановлением Правительства КБР от 28.12.2024 № 220-ПП «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»;

письмом Минздрава России от 31.01.2024 № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 - 2026 годы»;

письмом Минздрава России от 19.02.2024 № 31-2/200 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утв. Минздравом России № 31-2/200, ФФОМС № 00-10-26-2-06/2778 19.02.2024)

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 2025 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Предметом Тарифного соглашения являются согласованные сторонами способы оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Кабардино-Балкарской Республике (далее – Территориальная программа), являющейся составной частью Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства КБР от 28.12.2024 № 220-ПП, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

При реализации Территориальной программы применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

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

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату

диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Перечень видов медицинской помощи оказываемых в амбулаторных условиях, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации и за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) представлен в следующей таблице:

Медицинская помощь, оплачиваемая по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации	Медицинская помощь, оплачиваемая за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай)
<p>посещения с иными целями по специальностям:</p> <ul style="list-style-type: none"> Кардиология Ревматология Педиатрия Терапия Эндокринология Аллергология Неврология Инфекционные болезни Хирургия Урология Акушерство и гинекология Оториноларингология Офтальмология Дерматология Нефрология Гематология Детская урология-андрология Детская эндокринология Онкология Детская онкология Колопроктология Нейрохирургия Гастроэнтерология Травматология и ортопедия Челюстно-лицевая хирургия Пульмонология Сердечно-сосудистая хирургия Торакальная хирургия Детская хирургия Медицинский психолог Детская кардиология Сурдология-оториноларингология Врач по медицинской профилактике, врач-педиатр 	<p>посещения центров амбулаторной онкологической помощи и медицинских организаций не имеющих прикрепившихся лиц</p>

<p>центра здоровья Общая врачебная практика (семейная медицина)</p>	
<p>обращения в связи с заболеваниями по специальностям:</p> <p>Кардиология Ревматология Педиатрия Терапия Эндокринология Аллергология Неврология Инфекционные болезни Хирургия Урология Акушерство и гинекология Оториноларингология Офтальмология Дерматология Нефрология Гематология Детская урология-андрология Детская эндокринология Онкология Детская онкология Колопроктология Нейрохирургия Гастроэнтерология Травматология и ортопедия Челюстно-лицевая хирургия Пульмонология Сердечно-сосудистая хирургия Торакальная хирургия Детская хирургия Медицинский психолог Детская кардиология Сурдология-оториноларингология Общая врачебная практика (семейная медицина)</p>	<p>обращения в центры амбулаторной онкологической помощи и в медицинские организации не имеющих прикрепившихся лиц</p>
	посещения в неотложной форме
	посещения при оказании стоматологической медицинской помощи
	посещения в неотложной форме при оказании стоматологической медицинской помощи
	обращения при оказании стоматологической медицинской помощи
	отдельные диагностические (лабораторные) исследования - компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-

	генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ
	профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация и диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
	диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме
	медицинская реабилитация
	медицинская помощь по профилю «нефрология» при проведении процедур диализа
	комплексное посещение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом

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

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы 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, смерти пациента, 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 22 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с Территориальной программой для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных Приложением 22 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по

клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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

по подушевому нормативу финансирования;

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

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

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

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики на финансовое обеспечение Территориальной программы, с учетом нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных Территориальной программой в соответствии со средними нормативами объема медицинской помощи и средними нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой.

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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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 2025 год.

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

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

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

5.3. вне подушевого норматива финансирования осуществляется финансовое обеспечение первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи центров амбулаторной онкологической помощи и медицинских организаций, не имеющих прикрепленное население;

5.4. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 7 745,64 рублей;

подушевой норматив финансирования медицинской помощи с учетом медицинской реабилитации, установленный Территориальной программой для медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам в рамках базовой программы – 8 066,23 рублей;

5.5. размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляет 1 981,09 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, включает в том числе оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, за исключением:

средств на оплату компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

средств на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

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

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

средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

средств на оплату медицинской помощи, для которой установлен способ оплаты – за единицу объема медицинской помощи (посещений центров амбулаторной онкологической помощи и медицинских организаций не имеющих прикрепившихся лиц, обращений центров амбулаторной онкологической помощи и медицинских организаций не имеющих прикрепившихся лиц, посещений в неотложной форме, посещений при оказании стоматологической медицинской помощи, обращений при оказании стоматологической медицинской помощи, комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом);

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

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования рассчитаны с учетом:

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

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

Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами»

развития здравоохранения в Кабардино-Балкарской Республике в соответствии с Указом, для медицинских организаций, использующих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, принимается равным 1,0.

Значение коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462 для Кабардино-Балкарской Республики равно 1,008.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий учтены путем применения повышающего коэффициента к коэффициенту уровня расходов медицинских организаций, используемого при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

5.7. тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в Кабардино-Балкарской Республике лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации:

отдельных диагностических (лабораторных) исследований представлены в Приложении 5 к Тарифному соглашению. Тарифы на оплату маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки с учетом расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) не установлены в связи с отсутствием на территории Кабардино-Балкарской Республики медицинских организаций, использующих указанные системы;

услуг диализа и коэффициенты относительной затратоемкости представлены в Приложении 6 к Тарифному соглашению;

посещений, обращений по поводу заболевания установлены в Приложениях 7, 8 к Тарифному соглашению.

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях представлено в Приложении 3 к Методическим рекомендациям.

Размер средней стоимости 1-го УЕТ на стоматологическую медицинскую помощь по посещениям и обращениям врача стоматолога – 145,00 рублей, зубного врача – 116,00 рублей.

В соответствии с пунктом 2.11. Методических рекомендаций Перечень медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установленный Приложением 3 к Методическим рекомендациям, расширен медицинскими услугами, включенными в Номенклатуру медицинских услуг, установленной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» в соответствии со следующей таблицей:

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

профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни и использования для проведения профилактических осмотров и диспансеризации мобильных медицинских бригад:

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

диспансеризации определенных групп взрослого населения, включая углубленную диспансеризацию и диспансеризацию граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья и диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью приведены в Приложении 10 к Тарифному соглашению;

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

Финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление

медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

5.8. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций и размер выплат за достижение показателей результативности деятельности представлены в Приложении 12 к Тарифному соглашению.

5.9. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов и значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, предусмотренным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, приведены в Приложении 13 к Тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462 для Кабардино-Балкарской Республики, к размерам финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей, – 1 454,44 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей, – 2 908,89 тыс. рублей;

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3 458,04 тыс. рублей.

Для фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения менее 100 и более 2000 человек размер финансового обеспечения определяется с применением понижающего и повышающего коэффициентов к размеру финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов с численностью обслуживаемого (прикрепленного) населения от 101 до 900 человек и от 1501 до 2000 человек соответственно.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, рассчитывается с учетом понижающего коэффициента равной 0,9 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих свыше 2000 жителей, рассчитывается с учетом повышающего коэффициента равной 1,1 к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

Оплата медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, производится по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

5.10. Межучрежденческие расчеты осуществляются в соответствии с разделом 5 Методических рекомендаций.

Межучрежденческие расчеты через страховую медицинскую организацию осуществляется в соответствии с Приложением 14 к Тарифному соглашению по установленным Приложением 14.1 к Тарифному соглашению тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)).

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

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

в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с учетом медицинской реабилитации – 8 672,49 рублей;

в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара с учетом медицинской реабилитации – 1 940,55 рублей;

подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Территориальной программой для медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам в рамках базовой программы:

в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с учетом медицинской реабилитации – 9 463,19 рублей;

в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара с учетом медицинской реабилитации – 2 131,88 рублей;

6.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлен в соответствии с Приложением 4 к Программе;

6.3. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ), составляет:

без учета коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462 для Кабардино-Балкарской Республики:

в условиях круглосуточного стационара – 32 120,12 рублей;

в условиях дневного стационара – 17 622,00 рублей;

с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462 для Кабардино-Балкарской Республики:

в условиях круглосуточного стационара – 32 377,08 рублей;

в условиях дневного стационара – 17 762,98 рублей.

6.4. Значения коэффициентов:

а) коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462 для Кабардино-Балкарской Республики равно 1,008.

б) 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 15 к Тарифному соглашению;

для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в Приложении 16 к Тарифному соглашению;

в) коэффициентов сложности лечения пациента установлены в Приложении 17 к Тарифному соглашению;

г) коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций установлены в Приложении 18 к Тарифному соглашению:

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

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

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

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Кабардино-Балкарской Республике в соответствии с Указом, принимается равным 1,0.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССкст) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КД} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} + \text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП},$$

где:

- БС базовая ставка, рублей;
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости - сумма применяемых КСЛП).

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

6.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи приведен в Приложении 19 к Тарифному соглашению.

6.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ приведены в Приложении 20 к Тарифному соглашению.

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

$$CC_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} \times \text{КД}) + \text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП},$$

где:

- БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Д _{ЗП}	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КУС _{МО}	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

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

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

6.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации представлен в Приложении 21 к Тарифному соглашению.

6.9. Размер оплаты случаев медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара определяются с учетом перечня КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, приведенного в Приложении 22 к Тарифному соглашению.

6.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в Приложении 23 к Тарифному соглашению.

6.11. Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в Территориальной программе, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями

заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведены в Приложении 24 к Тарифному соглашению.

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

7.1. В рамках подушевого норматива финансирования осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

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

7.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой – 1 217,02 рублей;

подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Территориальной программой для медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам в рамках базовой программы – 1 254,90 рублей;

7.4. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитанный исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, составляет 1 201,42 рублей на одно застрахованное лицо, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

7.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, рассчитанные на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой вне

медицинской организации представлены в Приложении 25 к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования рассчитаны с учетом коэффициентов половозрастного состава обслуживаемого населения, представленных в Приложении 25 к Тарифному соглашению.

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

Значение коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462 для Кабардино-Балкарской Республики равно 1,008.

Распределение обслуживаемого населения по станциям скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики.

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

на вызов скорой медицинской помощи – 4 307,51 рублей;

на вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболизиса – 58 386,15 рублей.

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 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 26 к Тарифному соглашению.

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

Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, в разрезе медицинских организаций по видам, формам и условиям предоставления медицинской помощи представлено в Приложении 27 к Тарифному соглашению.

Объемы предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями на условиях недопущения превышения нормативов объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования.

Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по профилям медицинской помощи в разрезе медицинских организаций представлены в Приложении 28 к Тарифному соглашению.

В случае распределения объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи для медицинских организаций, включенных в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в течение текущего финансового года, указанные медицинские организации отражаются в Тарифном соглашении с указанием даты их включения в единый реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания, распространяется на отношения в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи с 1 января 2025 года по 31 декабря 2025 года включительно.

В Тарифное соглашение могут быть внесены изменения в следующих случаях:

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

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных разделами 2 и 3 Тарифного соглашения;

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

г) при внесении изменений в Требования, утвержденные приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

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

Приложения к Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

Изменения в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является

его неотъемлемой частью. Внесенные изменения вступают в силу с момента подписания дополнительного соглашения к Тарифному соглашению.

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 Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики



М.А. Канкулова

Директор Кабардино-Балкарского
филиала ООО «Страховая медицинская
компания РЕСО-Мед»



Р.М. Дышекова

Член региональной общественной
организации «Врачебная палата КБР»



Т.М. Хоконова

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



Д.А. Беркетова

Председатель общественной организации
Кабардино-Балкарской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



О.В. Яськова

Член молодежного совета Союза
«Федерация профсоюзов
Кабардино-Балкарской Республики»



А.А. Бугов