Приложение к Протоколу № 51

заседания Комиссии по разработке

территориальной программы ОМС в РБ

от 21.01.2016 года.

**Тарифное соглашение**

**по обязательному медицинскому страхованию**

**на территории Республики Башкортостан**

**на 2016 год**

**(с изменениями, внесенными Протоколами №52 от 02.03.16г., №53 от 12.04.16г., №54 от 25.05.16г., №55 от 30.05.2016г., №56 от 28.06.2016г., №58 от 31.08.2016 г., №60 от 24.10.16 г.)**

**г. Уфа « 21» января 2016г.**

**I. Общие положения**

1.1. Настоящее тарифное соглашение (далее Соглашение) по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан на 2016 год (далее Программа ОМС) разработано и заключено в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в действующей редакции);

- Закон Республики Башкортостан от 27 ноября 2015 года № 290-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 года № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

- постановление Правительства Республики Башкортостан от 30 декабря 2015 года № 565 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2016 год»;

-приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования (в действующей редакции);

- информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2015 года № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

-«Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2015 года № 11-9/10/2 – 7938;

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (в действующей редакции);

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (в действующей редакции);

- другие нормативные правовые акты в сфере обязательного медицинского страхования граждан, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Соглашения, между:

-Министерством здравоохранения Республики Башкортостан в лице министра здравоохранения Республики Башкортостан Бакирова Анвара Акрамовича;

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в лице директора Меньшикова Алексея Михайловича;

-Республиканской организацией Башкортостана профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Зырянова Павла Николаевича;

- Региональным отделением по Республике Башкортостан Общероссийской общественной организации «Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья» в лице председателя Нагаева Рината Явдатовича;

- Cтраховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице директора филиала ООО «Росгострах-Медицина» - «Росгострах-Башкортостан-Медицина» Ахметова Наиля Мидхатовича, директора Уфимского филиала ОАО СМК «Югория-мед» Коржавина Алексея Германовича, заместителя директора Уфимского филиала АО «Страховая компания “СОГАЗ-Мед”» Латыпова Рустема Валерьяновича, директора Уфимского филиала АО «Медицинская страховая компания “УралСиб”» Юсуповой Раисы Мансуровны, именуемыми в дальнейшем Сторонами.

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются согласованные Сторонами положения по формированию, изменению и применению тарифов на медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями в рамках Программы ОМС, распределению объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями (далее МО) и страховыми медицинскими организациями (далее СМО), порядку оплаты медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, санкциям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, перечню расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по Программе ОМС.

1.3. Действие Соглашения распространяется на МО, функционирующие в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Программой ОМС.

Вновь созданные МО могут подать уведомление об осуществлении деятельности в системе обязательного медицинского страхования (далее ОМС) в течение года.

1.4. В соответствии со статьей 147 Бюджетного кодекса Российской Федерации расходование средств бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством Российской Федерации, включая законодательство об обязательном медицинском страховании и в соответствии с бюджетом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на текущий финансовый год, утверждаемом Законом Республики Башкортостан в установленном порядке.

**II. Способы оплаты медицинской помощи в рамках территориальной**

**программы обязательного медицинского страхования**

**Республики Башкортостан на 2016 год.**

Способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

**1. Способы оплаты первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказываемой гражданам в амбулаторных условиях.**

1.1. Единицей объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в пределах утвержденных объемов является:

- посещение;

- обращение по поводу заболевания;

- лечебно-диагностическая услуга.

1.1.1. К посещениям относятся:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

   - центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

   - в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

   - в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

  - в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями, в том числе:

    - в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

    - медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- разовые посещения в связи с заболеванием, в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

1.1.2. Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (от 2,6 до 3,2), 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.

При оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в законченный случай обращения по заболеванию входит максимальная санация полости рта и зубов (лечение 1-го, 2-х, 3-х зубов) в одно или несколько посещений. Законченный случай обращения по заболеванию учитывается одной записью без числа посещений, но не более 18 УЕТ на один законченный случай. Обращения по заболеванию более 10 УЕТ подлежат экспертизе.

1.1.3. К лечебно-диагностическим услугам в амбулаторных условиях относятся услуги по проведению магнитно-резонансной и компьютерной томографии, радиоизотопной диагностики и лучевой терапии.

1.1.4. Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает посещения:

- врачей амбулаторно-поликлинических учреждений;

- врачей и медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений;

-медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

1.2. Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы Центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

- обратившихся граждан для динамического наблюдения по рекомендации врача Центра здоровья.

1.3. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан, порядок проведения которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации(Приложения к Соглашению № 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (комплексное посещение).

1.4. Для финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказываемой гражданам в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:

*-*по подушевому принципу на прикрепившихся застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц с учетом коэффициентов половозрастных затрат по специальностям:

|  |  |
| --- | --- |
| В части обращений в связи с заболеваниями | В части посещений с профилактической целью |
| Врач общей практики | Врач общей практики |
| Кардиология | Кардиология |
| Педиатрия | Педиатрия |
| в том числе педиатр участковый | в том числе педиатр участковый |
| Терапия | Терапия |
| в том числе терапевт участковый | в том числе терапевт участковый |
| Эндокринология | Эндокринология |
| Неврология | Неврология |
| Хирургия | Хирургия |
| Урология | Урология |
| Отоларингология | Отоларингология |
| Офтальмология | Офтальмология |
| Онкология |  |
| Физиотерапия |  |

– за посещение с профилактической целью (Приложение № 10 к Соглашению);

– за посещение по неотложной медицинской помощи (Приложение № 11 к Соглашению);

– за обращение по поводу заболевания (Приложение № 12 к Соглашению);

– за условную единицу трудоемкости (далее УЕТ) при оказании стоматологической медицинской помощи (при пересчете УЕТ в посещения применяется переводной коэффициент– 3,8);

– за лечебно-диагностическую услугу(Приложение № 13 к Соглашению);

С целью унификации ведения учета стоматологической помощи, формирования реестров на оплату используется Классификатор основных  медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (Приложение  №  14 к Соглашению).

1.5. Оплата медицинской помощи по подушевому принципу на прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц при оказании медицинской помощи врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием осуществляется следующим образом: базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования, представленный в приложении  № 15 к настоящему Соглашению, умножается на численность прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц и на коэффициент дифференциации с учетом половозрастных затрат (Приложение №  16 к Соглашению).

Базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования рассчитывается исходя из 1/12 общей суммы средств, предназначенных на оказание медицинской помощи врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием (сумма определяется исходя из плановых годовых объемов оказания медицинской помощи по данным специальностям и их стоимости, утвержденной Тарифным соглашением) и численности прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц.

Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц по состоянию на 01.04.2015 года представлено Приложением № 2 и № 3 к Соглашению).

Финансирование медицинских организаций на основе подушевого норматива производится СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан ежемесячно в установленном порядке.

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации на основе подушевого норматива определяется СМО исходя из размера базового  месячного тарифа, коэффициентов дифференциации половозрастных затрат, среднемесячной численности прикрепленного населения с учетом пола и возраста и поправочного коэффициента численности по следующей формуле:

Vмфмо  = ∑ П бнм \* К полi \* Ч полi\* К числ, где:

Vмфмо – объем месячного финансирования медицинской организации;

П бнм – базовый месячный тариф;

К полi – коэффициент i-ой половозрастной группы;

Ч полi– среднемесячная численность i-ой половозрастной группы;

К числ. – поправочный коэффициент численности, рассчитанный как отношение численности по состоянию на 01.04.2015 года к ежемесячной численности, сформированной в установленном порядке.

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием в установленном порядке.

При формировании учетно-отчетных форм в системе ОМС и реестров, предъявляемых к оплате, учет медицинской помощи, оказанной фельдшерами, акушерами (акушерками) и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием в фельдшерско-акушерских пунктах, осуществляется в количестве посещений с профилактической целью.

При финансировании медицинской организации по подушевому принципу на прикрепившихся  застрахованных по ОМС лиц, руководитель медицинской организации обязан обеспечить в полном объеме оказание медицинской помощи вышеуказанными специалистами, а также необходимыми диагностическими исследованиями, в том числе **путем заключения договора с другими медицинскими организациями** на оказание врачебной консультативной помощи и диагностических услуг.

1.6. Объем финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, определяется с учетом применения коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов – КФАП) (Приложение  №  17 к Соглашению). КФАП применяется к стоимости медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за исключением стоимости лечебно-диагностических услуг.

Оплата лечебно-диагностических услуг осуществляется по стоимости услуги без учета применения КФАП.

Распределение медицинских организаций по группам осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 10 мая 2016 года № 1429-Д «О распределении государственных учреждений здравоохранения Республики Башкортостан, имеющих в своем составе фельдшерско-акушерские пункты.

1.7. Оплата медицинской помощи, оказываемая лицам без определенного места жительства, неидентифицированным лицам (без паспорта и страхового медицинского полиса), а также в части медицинской помощи, не включенной в базовую часть территориальной программы ОМС, осуществляется в рамках утвержденных объемов за счет и в пределах межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Фонда из бюджета Республики Башкортостан по персонифицированным реестрам счетов.

1.8. Тарифы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи предусматривают компенсацию затрат как на посещение специалиста определенного профиля, так и распределенные по профильным посещениям расходы на проведение лечебных манипуляций, медицинских услуг вспомогательной и лечебно-диагностической службы.

**2. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в стационарных условиях и условиях дневного стационара.**

Финансовое обеспечение **стационарной** медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2016 год осуществляется за законченный случай преимущественно на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ), при этом оплата на основе клинико-профильных групп болезней (КПГ) может производиться в случае лечения заболевания, не входящего в КСГ.

2.1. Расчет стоимости стационарной медицинской помощи производится с применением базовой ставки финансового обеспечения стационарной медицинской помощи (законченный случай лечения в стационарных условиях) и поправочных коэффициентовпо следующей формуле:

СС кпг/ксг=БС\*КЗксг/кпг\*ПК, где

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка). Базовая ставка финансового обеспечения стационарной медицинской помощи (БС) утверждена приложением № 18 к Соглашению.

КЗксг/кпг - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации.

Для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, коэффициенты относительной затратоемкости установлены в соответствии с рекомендациями Минздрава РФ и ФФОМС (приложение № 19 к Соглашению).

Коэффициент относительной затратоемкости определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне, и не может быть изменен.

ПК - поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне).

Поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в Республике Башкортостан по следующей формуле:

ПК=КУксг/кпг\*КУСмо\*КСЛП, где

КУксг/кпг - управленческий коэффициент по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, является единым для всех уровней оказания МП.

КУСмо - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент. Значения коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи на 01.01.2016г.:

для медицинских организаций 1-го уровня подуровень А – 0,9

подуровень Б (федеральные) - 1,0;

для медицинских организаций 2-го уровня подуровень А (ММЦ) – 1,03

подуровень Б (городские МО) - 1,03;

для медицинских организаций 3-го уровня подуровень А – 1,3;

подуровень Б – 1,2;

подуровень В (федеральные) – 1,5.

Значения коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи на 01.05.2016г.:

для медицинских организаций 1-го уровня подуровень А – 0,85

подуровень Б (федеральные) - 1,0;

для медицинских организаций 2-го уровня подуровень А (ММЦ) – 0,93

подуровень Б (городские МО) – 0,99;

для медицинских организаций 3-го уровня подуровень А – 1,28

подуровень Б – 1,18

подуровень В (федеральные) – 1,5.

Значения коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи на 01.06.2016г.:

для медицинских организаций 1-го уровня подуровень А – 0,73;

подуровень Б (федеральные) - 1,0;

для медицинских организаций 2-го уровня подуровень А (ММЦ) – 0,93;

подуровень Б (городские МО) – 0,99;

для медицинских организаций 3-го уровня подуровень А – 1,28;

подуровень Б – 1,25;

подуровень В (федеральные) – 1,5.

Значения коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи на 01.09.2016г.:

для медицинских организаций 1-го уровня подуровень А – 0,73;

подуровень Б (федеральные) - 1,0;

для медицинских организаций 2-го уровня подуровень А (ММЦ) – 0,93;

подуровень Б (городские МО) – 0,99;

для медицинских организаций 3-го уровня подуровень А – 1,34;

подуровень Б – 1,31;

подуровень В (федеральные) – 1,70.

Значения коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи на 01.10.2016г.:

для медицинских организаций 1-го уровня подуровень А – 0,97;

подуровень Б (федеральные) - 1,0;

для медицинских организаций 2-го уровня подуровень А (ММЦ) – 0,93;

подуровень Б (городские МО) – 0,99;

для медицинских организаций 3-го уровня подуровень А – 1,28;

подуровень Б – 1,25;

подуровень В (федеральные) – 1,70.

Распределение медицинских организаций по уровням трехуровневой системы организации медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 23 декабря 2015 года № 4006-д «Об утверждении перечней государственных учреждений здравоохранения Республики Башкортостан и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с уровнями трехуровневой системы организации медицинской помощи в Республики Башкортостан».

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в Республике Башкортостан для данного случая).

2.2. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев лечения

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Перечень групп, которые являются исключениями, представлен в Инструкции. При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз [МКБ 10](consultantplus://offline/ref=2BA81ED0A8339C90E796F839289CA4056ACB6851CEC2FF0FB9E368Z708L)).

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс [МКБ 10](consultantplus://offline/ref=2BA81ED0A8339C90E796F839289CA4056ACB6851CEC2FF0FB9E368Z708L) и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания, при которых длительность госпитализации составляет более 3 дней, подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу [МКБ 10](consultantplus://offline/ref=2BA81ED0A8339C90E796F839289CA4056ACB6851CEC2FF0FB9E368Z708L), оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

2.3. По результатам деятельности круглосуточного и дневного стационаров медицинских организаций Фондом проводится анализ сформированных реестров для оплаты за текущий месяц. В случае наличия финансовой возможности и с учетом проведенного Фондом анализа сформированных реестров на оплату Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан устанавливает поправочные коэффициенты.

2.4. Оплата медицинской помощи по профилю «венерология» осуществляется с использованием КПГ № 6 в пределах утвержденных объемов за счет и в пределах межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Фонда из бюджета Республики Башкортостан по персонифицированным реестрам счетов с учетом применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

 2.5. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется за законченный случай лечения по КСГ/КПГ согласно Приложению №  20 к Соглашению в пределах утвержденных объемов.

Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, утверждена Приложением № 18 к Соглашению.

2.6. Проведение экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара застрахованным лицам проводится в рамках специализированной помощи, и оплачивается по стоимости одного законченного случая. Коэффициент относительной затратоемкости на случай экстракорпорального оплодотворения в условиях дневных стационаров приведен в Приложении №  20  к Соглашению с применением управленческого коэффициента 1,4.

2.7. Оплата случаев лечения при проведении диализа

Учитывая особенности оказания, а также пожизненный характер проводимого лечения и, соответственно, оплаты медицинской помощи при проведении процедур диализа, включающего различные методы, для оплаты указанных процедур, оказываемых в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу. При этом стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных услуг является составным компонентом оплаты случая лечения, применяемым дополнительно к оплате по КСГ. Перечень рекомендованных тарифов на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложение № 21 к Соглашению. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество процедур в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения(в среднем - не более 13 сеансов экстракорпорального гемодиализа, не более 30 дней обмена перитонеального диализа).

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

В стационарных условиях применяется при необходимости:

КСГ 113, Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа. Группа формируется исходя из соответствующих кодов МКБ-10 и кодов номенклатуры, обозначающих выполнение услуг, обеспечивающих доступ для диализа.

КСГ 112 (почечная недостаточность) включает острое и устойчивое нарушение функции почек (острая почечная недостаточность и хронические болезни почек).

В условиях дневного стационара применяется при необходимости:

КСГ 41 Лекарственная терапия у больных, получающих диализ.

Данная группа включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимиметики, препараты витамина Д и др.)

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи КУСмо при оплате медицинской помощи по КСГ № 41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ» **не применять, начиная с отчетного периода за апрель 2016 года.**

КСГ 42 Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа

Группа формируется исходя из соответствующих кодов МКБ-10 и кодов номенклатуры, обозначающих выполнение услуг, обеспечивающих доступ для диализа.

При оказании медицинской помощи при необходимости в круглосуточном стационаре по КСГ 112, 113 или в условиях дневного стационара по КСГ 41,42 оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в условиях дневного стационара, подается отдельным реестром в отделениях гемодиализа и перитонеального диализа с профилем КПГ 0 «Диализ» и оплачивается за фактические медицинские услуги в рамках одного законченного случая лечения в утвержденных объемах.

В случае если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется в амбулаторных условиях за счет других источников (кроме средств ОМС), то оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в условиях дневного стационара в отделениях гемодиализа и перитонеального диализа с профилем КПГ 0 «Диализ» и оплачивается только за фактические медицинские услуги в рамках одного законченного случая лечения в утвержденных объемах.

Проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС.

2.8. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи при проведении экстракорпорального оплодотворения и заместительной почечной терапии методами диализа **не применяется.**

2.9. В рамках программы государственных гарантий за счет средств ОМС осуществляется медицинская реабилитация, оказываемая как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

2.9.1.Оплата медицинской реабилитации в специализированных больницах, центрах и реабилитационных отделениях МО осуществляется по стоимости койко – дня (Приложение № 22 к Соглашению) в утвержденных объемах без учета коэффициента относительной затратоемкости соответствующих КСГ.

2.9.2. Медицинская реабилитация (долечивание) работающих граждан в условиях санаторно-курортных организаций, участвующих в реализации сверхбазовой части Программы ОМС в Республике Башкортостан на 2016 год, непосредственно после стационарного лечения осуществляется исходя из стоимости законченного случая реабилитации (долечивания) с учетом фактической длительности за законченный случай лечения в пределах утвержденных объемов и средств, выделенных из бюджета Республики Башкортостан по персонифицированным реестрам счетов из расчета сроков реабилитации (долечивания) - 18 дней (Приложение № 23 к Соглашению) без учета коэффициента относительной затратоемкости соответствующих КСГ и коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

2.10. Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – за законченный случай по установленным нормативам финансовых затрат в пределах объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по видам ВМП (Приложение № 24 к Соглашению).

2.11. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях лицам без определенного места жительства, неидентифицированным лицам (без паспорта и страхового медицинского полиса), а также в части медицинской помощи, не включенной в базовую часть территориальной программы ОМС, осуществляется в рамках утвержденных объемов за счет и в пределах межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Фонда из бюджета Республики Башкортостан по персонифицированным реестрам счетов.

Стоимость законченного случая (далее – ЗС) при оплате медицинской помощи в стационарных условиях лицам без определенного места жительства, неидентифицированным лицам (без паспорта и страхового медицинского полиса) осуществляется по фиксированной стоимости без учета длительности госпитализации, применения коэффициента относительной затратоемкости по КСГ или КПГ и коэффициента уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 18 к Соглашению).

В случаях перевода данного пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ – 10 и не являющееся следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе в другую медицинскую организацию, подлежат 100%-ой оплате оба случая по фиксированной стоимости ЗС. В случаях перевода данного пациента, в пределах одной медицинской организации, а заболевание относится к одному классу МКБ – 10, оплата производится по фиксированной стоимости одного ЗС.

**3. Способы оплаты скорой, медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации.**

3.1. Оплата оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

  Расчет по подушевому нормативу финансирования осуществляется следующим образом: базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования (Приложение № 25 к Соглашению) умножается на численность застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации, на коэффициент дифференциации с учетом половозрастных затрат (Приложение № 15 к Соглашению).

Базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования рассчитан исходя из 1/12 общей суммы средств, предназначенных на оказание скорой медицинской помощи и численности застрахованного населения по состоянию на 01.04.2015 года.

Финансирование медицинских организаций на основе подушевого норматива производится СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан ежемесячно в установленном порядке.

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации на основе подушевого норматива определяется СМО исходя из размера базового  месячного тарифа, коэффициентов дифференциации половозрастных затрат, среднемесячной численности застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи,  входящим в состав медицинской организации с учетом пола и возраста и поправочного коэффициента численности по следующей формуле:

Vмфмо  = ∑ П бнм \* К полi \* Ч полi\* К числ, где:

Vмфмо – объем месячного финансирования медицинской организации;

Пбнм – базовый месячный тариф;

Кполi – коэффициент i-ой половозрастной группы;

Чполi– среднемесячная численность i-ой половозрастной группы;

Кчисл. – поправочный коэффициент численности, рассчитанный как отношение численности по состоянию на 01.04.2015 года к ежемесячной численности, сформированной в установленном порядке.

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в установленном порядке.

Оплата выполненных вызовов с применением тромболитических препаратов осуществляется по стоимости вызова (Приложение № 26 к Соглашению).

3.2. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) лицам без определенного места жительства, неидентифицированным лицам (без паспорта и страхового медицинского полиса), а также в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, осуществляется за выполненный вызов в зависимости от профиля бригады на основе персонифицированных реестров счетов скорой медицинской помощи (Приложение № 26 к Соглашению) за счет и в пределах межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Фонда из бюджета Республики Башкортостан.

При оказании скорой медицинской помощи неидентифицированным лицам подразделения скорой медицинской помощи обеспечивают взаимодействие со стационарным учреждением, осуществляющим следующий этап оказания медицинской помощи, с целью идентификации личности пациента (до подачи реестра на оплату).

3.3. СМО осуществляют проверку случаев оказания скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), указанных в п.3.2.и предъявленных в СМО на оплату.

3.4. При оказании скорой медицинской помощи, за исключением специализированной (санитарно-авиационной), в экстренной или неотложной форме, оказываемой вне медицинских организаций, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, лицам без определенного места жительства, неидентифицированным лицам (без паспорта и страхового медицинского полиса), иностранным гражданам (включая граждан других стран Содружества Независимых Государств), а также медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, персонифицированный реестр счетов представляется в страховую медицинскую организацию по выбору медицинской организации за счет и в пределах межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Фонда из бюджета Республики Башкортостан.

3.5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

3.6. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи за счет средств ОМС не осуществляется.

3.7. Расчет за скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой помощи), оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого был выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется за выполненный вызов в зависимости от профиля бригады на основе персонифицированных реестров счетов скорой медицинской помощи.

**III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан в Республике Башкортостан**

1. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцировано для медицинских организаций:

- оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутри городского района;

- оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением;

- оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах Республики Башкортостан, а также в пределах нескольких субъектов российской Федерации.

2. В состав тарифов на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан включаются следующие статьи и подстатьи расходов МО в соответствии с действующей Классификацией операций сектора государственного управления расходов бюджетов Российской Федерации (далее КОСГУ):

2.1. **Статья 210** «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»:

- подстатья 211 «Заработная плата»;

- подстатья 212 «Прочие выплаты»;

- подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда».

2.2. **Статья 220** «Оплата работ, услуг»:

- подстатья 221 «Услуги связи»;

- подстатья 222 «Транспортные услуги»;

- подстатья 223 «Коммунальные услуги»;

- подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом»;

- подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» (за исключением расходов на капитальный ремонт и других работ, услуг, связанных с проведением капитального ремонта);

- подстатья 226 «Прочие работы, услуги», в том числе оплата программного обеспечения (кроме расходов на проектно-сметную документацию для проведения капитального ремонта).

2.3. **Статья 260** «Социальное обеспечение».

2.4. **Статья 290** «Прочие расходы».

2.5. **Статья 310** «Увеличение стоимости основных средств» (приобретение оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до ста тысяч рублей за единицу).

2.6. **Статья 340** «Увеличение стоимости материальных запасов»:

- 340.1 «Медикаменты и перевязочные средства» (расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, сроком службы не более 12 месяцев, реактивов и химикатов);

- 340.2 «Продукты питания» (расходы на приобретение продуктов питания):

- 340.3 «Иные расходы, связанные с увеличением стоимости материальных запасов» (расходы на мягкий инвентарь и прочие материальные запасы).

В составе тарифа предусмотрены расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачами-педиатрами участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи, осуществляемые в соответствии с порядком, установленным Правительством Республики Башкортостан.

Ежемесячные денежные выплаты медицинским работникам:

10,0 тыс. рублей - врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и врачам общей практики (семейным врачам);

5,0 тыс. рублей - врачам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);

3,5 тыс. рублей - фельдшерам (акушеркам) фельдшерско-акушерских пунктов, учреждений и подразделений скорой медицинской помощи;

2,5 тыс. рублей - медицинским сестрам фельдшерско-акушерских пунктов, учреждений и подразделений скорой медицинской помощи.

В состав тарифа по оплате не входят и за счет средств ОМС не компенсируются затраты на повышение размера оплаты труда и любые другие выплаты заработной платы,  на установление повышенных тарифных ставок, надбавок, доплат, повышений и других выплат, устанавливаемых работникам медицинских организаций ведомственного подчинения в соответствии с нормативными правовыми актами и распорядительными документами министерств и ведомств, выходящих за рамки нормативных правовых актов по оплате труда работников учреждений здравоохранения.

Оплата расходов медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

3. Средства ОМС, поступившие на счета МО по предъявленным реестрам пролеченных больных сверх назначений плана финансово-хозяйственной деятельности, направляются на возмещение затрат в  соответствии с источником финансирования.

4. Финансирование расходов, включенных в структуру тарифа, при невыполнении МО объемов медицинской помощи, определенных государственными (муниципальными) заданиями, не является обязательством страховых медицинских организаций  и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан.

Не является обязательством страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан оплата объемов медицинской помощи, предоставленной сверх показателей государственного (муниципального) задания.

5. В связи с установленными районным коэффициентом к заработной плате в размере 1,7 и 10-процентной надбавкой к заработной плате за каждый год работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, применять для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" коэффициент в размере 1,78 на все виды оказываемой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) с 1 мая 2016 года.

6. Учитывая наличие нормативных документов, устанавливающих повышенные финансовые нормативы на лекарственные средства, продукты питания и расходы по заработной плате (приказ МЗ РФ от 15.03.1993г. № 41, приказ МЗ и МП РФ от 06.05.1995г. № 122, постановление  Правительства Республики Башкортостан от 13.08.2015г. № 311) применить для ГБУЗ Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн коэффициент в размере 1,2 на все виды оказываемой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи).

7. Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, осуществляемых в случаях установления дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, определенных пунктом 4.4.2) Программы, осуществляется в порядке, регламентированном Приложением № 12 к Программе.

8. Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между МО установлена в приложении №27 «Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС».

В расчеты тарифов на оплату оказания стационарной, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе в дневных стационарах всех типов, включены затраты медицинских организаций, непосредственно связанные с процессом оказания медицинской помощи, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинских организаций в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

9. В соответствии с Постановлением Правительства Республики Башкортостан от 30 декабря 2015 года № 565 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2016 год» размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо составляет:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Единица измерения | Объем медицинской помощи в расчете на 1 жителя (норматив объемов предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо) | Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи) | Подушевые нормативы финансирования территориальной программы за счет средств ОМС, руб. |
| 1. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС: | посещение с профилактической целью | 2,38266 | 399,2 | 951,3 |
| посещение по неотложной медицинской помощи | 0,56074 | 512,1 | 287,1 |
| обращение | 1,99362 | 1 119,5 | 2 231,8 |
|  | стационарная помощь | 0,17441 | 25 399,7 | 4 430,0 |
|  | в том числе медицинская реабилитация в стационарных условиях | 0,06564 | 1 568,2 | 102,9 |
|  | в том числе высокотехнологичная медицинская помощь | 0,0033904 | 130 609,1 | 442,8 |
|  | дневной стационар | 0,061044 | 13 387,1 | 817,2 |
|  | скорая медицинская помощь | 0,30409 | 2 009,0 | 610,9 |
|  | реализация преимущественно одноканального финансирования по содержанию медицинских организаций, работающих в системе ОМС |  |  | 226,0 |
| 1.1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам | посещение с профилактической целью | 2,350 | 400,1 | 940,1 |
| посещение по неотложной медицинской помощи | 0,560 | 512,2 | 286,8 |
| обращение | 1,980 | 1 120,9 | 2 219,4 |
|  | стационарная помощь | 0,17214 | 25 446,5 | 4 380,4 |
|  | в том числе медицинская реабилитация в стационарных условиях | 0,039 | 1 754,6 | 68,4 |
|  | в том числе высокотехнологичная медицинская помощь | 0,00339037 | 130 609,1 | 442,8 |
|  | дневной стационар | 0,0600 | 12 748,2 | 764,9 |
|  | скорая медицинская помощь | 0,300 | 1 949,3 | 584,8 |
| 1.2.Медицинская помощь по видам и заболеваниям сверх базовой программы: | посещение с профилактической целью | 0,03266 | 341,4 | 11,2 |
| посещение по неотложной медицинской помощи | 0,00074 | 457,8 | 0,3 |
| обращение | 0,01362 | 906,8 | 12,4 |
|  | стационарная помощь | 0,00227 | 21 840,6 | 49,6 |
|  | в том числе медицинская реабилитация в стационарных условиях | 0,02664 | 1 296,3 | 34,5 |
|  | в том числе высокотехнологичная медицинская помощь |  |  |  |
|  | дневной стационар | 0,001044 | 50 105,4 | 52,3 |
|  | скорая медицинская помощь | 0,00409 | 6 384,3 | 26,1 |
|  | реализация преимущественно одноканального финансирования по содержанию медицинских организаций, работающих в системе ОМС |  |  | 226,0 |

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в части базовой программы обязательного медицинского страхования за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан, составляет:

- в амбулаторных условиях – 3 408,30 руб.;

- в стационарных условиях – 4 288,37 руб.;

- в условиях дневного стационара – 764,12 руб.

**IV. Неоплата или неполная оплата, а также уплата медицинской**

**организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание**

**либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

**по результатам контроля, объемов сроков, качества**

**и условий предоставления медицинской помощи.**

1. ГУ ТФОМС РБ и страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом Федерального фонда от 1 декабря 2010 года № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (в действующей редакции).

2. В соответствии со [статьей 40](consultantplus://offline/ref=80B7DD475AB0AF023BD415CF5CB0C35A067FED4C7F08C3CA9E9438ACE6AE4484401869CE17964686p2G9K) Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные [статьей 41](consultantplus://offline/ref=80B7DD475AB0AF023BD415CF5CB0C35A067FED4C7F08C3CA9E9438ACE6AE4484401869CE17964684p2G0K) Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи определяется в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»(в действующей редакции)

4. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: С = Н + С шт, где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

- размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле: Н = РТ х К но, где:

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов (Приложение № 28 к Соглашению).

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле: С шт = РП х К шт, где:

РП - размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в Республике Башкортостан в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи.

На 01.01.2016 г. РП составляет - 9322,38 руб.

К шт- коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с [Перечнем](consultantplus://offline/ref=1BBB96F802827E0020171CB8BDA23AEFC1A20000C7CADA1A3BE5D86FD9E6DA522D0C950DE824244ErBFCK) оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов.

Средства от применения ГУ ТФОМС РБ и СМО к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, направляются на формирование нормированного страхового запаса в объеме и целях, предусмотренных ч.6 ст. 26 Федерального закона №326-ФЗ.

Санкции при проведении медико-экономического контроля применяются к медицинским организациям за медицинскую помощь, оказанную с 30 декабря 2015 года.

**V. Заключительные положения.**

1. Порядок приема и форма заполнения реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан.

1.1. Порядок приема реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011г. №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

1.2. Порядок и форма заполнения реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011г. №79 «Об утверждении общих принципов построения функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

2. Индексация на медицинские услуги в системе ОМС осуществляется в установленном порядке при условии обеспеченности средствами ОМС.

3. Неотъемлемой частью Соглашения являются:

Ø Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2016 год (Приложение № 1 к Соглашению);

Ø Численность застрахованных по ОМС лиц в Республике Башкортостан прикрепленных к МО по состоянию на 01.04.2015 года (Приложение  №  2 к Соглашению);

Ø Численность застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации (Приложение № 3 к Соглашению);

Ø Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение №4  к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 5  к Соглашению);

Ø Расчетная стоимость 1 законченного случая на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 6 к Соглашению).

Ø Расчетная стоимость 1 законченного случая на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 7 к Соглашению).

Ø Расчетная стоимость 1 законченного случая на проведение предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 8 к Соглашению).

Ø Расчетная стоимость 1 законченного случая на проведение периодических медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 9 к Соглашению).

Ø Стоимость одного посещения медицинской  помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 10 к Соглашению);

Ø Стоимость одного посещения медицинской  помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 11 к Соглашению);

Ø Стоимость одного обращения для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемых в связи с заболеваниями по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 12 к Соглашению);

Ø Стоимость лечебно-диагностических услуг по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 13 к Соглашению);

Ø Классификатор основных медицинских услуг  по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ). (Приложение № 14 к Соглашению);

Ø Базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 15  к Соглашению);

Ø Коэффициент дифференциации с учетом половозрастных затрат (Приложение №  16 к Соглашению);

Ø Поправочный коэффициент КФАП(Приложение  №  17 к Соглашению);

Ø Базовая ставка финансового обеспечения специализированной медицинской помощи по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 18 к Соглашению);

Ø Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях). (Приложение № 19 к Соглашению);

Ø Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара). (Приложение № 20 к Соглашению);

Ø Стоимость услуг диализа с учетом применения различных методов по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 21 к Соглашению);

Ø Стоимость оплаты медицинской реабилитации в специализированных больницах, центрах и реабилитационных отделениях МО по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 22 к Соглашению);

Ø Стоимость медицинской помощи при оказании медицинской реабилитации (долечивания) в санаторно-курортных учреждениях непосредственно после стационарного лечения по состоянию на 01.01.2016 года.  (Приложение № 23 к Соглашению);

Ø Перечень и стоимость законченного случая по видам  высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхованияв 2016 году. (Приложение № 24 к Соглашению);

Ø Базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования при оказании скорой медицинской помощи по состоянию на 01.01.2016 года (Приложение № 25 к Соглашению);

Ø Стоимость одного выполненного вызова бригады скорой медицинской помощи в зависимости от профиля по состоянию на 01.01.2016 года. (Приложение № 26 к Соглашению);

Ø Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС. (Приложение № 27 к Соглашению);

Ø Перечень оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества и мер, применяемых по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе размеры неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи и штрафов (Приложение № 28 к Соглашению).

4. Настоящее Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения.

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Соглашения.

В случае возникновения споров по настоящему Соглашению Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

Разъяснения по применению настоящего Соглашения дает Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан, в части нормативных документов, принятых Министерством здравоохранения Республики Башкортостан – Министерство здравоохранения Республики Башкортостан.

Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2016 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство финансов

Республики Башкортостан:

Заместитель министра З. З. Бакиров

Территориальный фонд

обязательного медицинского страхования

Республики Башкортостан:

Директор А.М. Меньшиков

Республиканская организация

Башкортостана профсоюза

работников здравоохранения

Российской Федерации:

Председатель П.Н. Зырянов

Региональное отделение

по Республике Башкортостан

Общероссийской общественной организации

«Российское общество по организации

здравоохранения и общественного здоровья»:

Председатель Р.Я. Нагаев

Страховые медицинские организации:

Директор филиала ООО «Росгострах-Медицина»

- «Росгострах-Башкортостан-Медицина» Н.М.Ахметов

Директор Уфимского филиала

ОАО СМК «Югория-мед» А.Г. Коржавин

Заместитель директора Уфимского филиала

АО «Страховая компания “СОГАЗ-Мед”» Р.В.Латыпов

Директор Уфимского филиала АО

«Медицинская страховая компания “УралСиб”» Р.М. Юсупова