Приложение № 1 к Протоколу

заседания Комиссии по разработке

территориальной программы ОМС в РБ

от 29.12.2016 года№.63

**Тарифное соглашение**

**по обязательному медицинскому страхованию**

**на территории Республики Башкортостан**

**на 2017 год**

**г. Уфа «29»декабря 2016г.**

**I. Общие положения**

1.1. Настоящее тарифное соглашение (далее Соглашение) по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан на 2017 год (далее Программа ОМС) разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

- Федеральный закон от 29 ноября 2010года №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 2 декабря 2016года№ 426-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» с учетом Федерального законаот 19 декабря 2016 года № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 года № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

- постановление ПравительстваРеспублики Башкортостанот 23.12.2016 года № 537 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

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

- информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2016 года № 11-7/10/2-8304«О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;

-«Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22декабря 2016 года № 11-8/10/2 – 8266;

- 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, регулирующие правоотношения по предмету настоящего Соглашения, и заключеномежду:

-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 организациейБашкортостана 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;

- Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице директора Уфимского филиала АО «Страховая компания “СОГАЗ-Мед”» Фараховой Дианы Тагировны,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, утверждаемым Законом Республики Башкортостан в установленном порядке.

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

**программы обязательного медицинского страхования**

**Республики Башкортостан на 2017 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).

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

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

- посещение;

- обращение по поводу заболевания;

- лечебно-диагностическая услуга.

2.1.1.1. 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. Оказание неотложной медицинской помощи осуществляется врачами-специалистами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием.

2.1.1.2. 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.

2.1.1.3. К лечебно-диагностическим услугам в амбулаторных условиях относятся услуги по проведению магнитно-резонансной и компьютерной томографии, радиоизотопной диагностики, лучевой терапии и ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ.

2.1.1.4. 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.

2.1.2. 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.

2.1.3. 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№ 6, 7, 8, 9, 10, 11).

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

~~2.1.4. 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 № 12 к Соглашению);~~

~~– за посещение по неотложной медицинской помощи (Приложение № 13 к Соглашению);~~

~~– за обращение по поводу заболевания (Приложение № 14 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 № 15 к Соглашению).~~

~~При оплате медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение.~~

~~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  № 16 к Соглашению).~~

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

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

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

Финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц осуществляется по следующим 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 |   |

Оплата медицинской помощи, оказанной другими специальностями, не входящие в вышеуказанный перечень, осуществляется - за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Посещение с профилактической целью (Приложение № 12 к Соглашению).

Посещение по неотложной медицинской помощи (Приложение № 13 к Соглашению).

Обращение по поводу заболевания (Приложение № 14 к Соглашению).

Лечебно-диагностическая услуга (Приложение № 15 к Соглашению).

При оказании стоматологической медицинской помощи приненяется условная единица трудоемкости (далее УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения ~~применяется переводной коэффициент– 3,8~~ применяется переводной коэффициент – 3,9 **(в ред. Протокола № 68 от 22.03.2017 г.)** 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  № 16 к Соглашению).

При оплате медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (Приложения к Соглашению № 12, 13, 14, 15) **(в редакции Протокола № 66 от 13.02.2017г.)**

~~2.1.5. 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 (приложение  № 17 к Соглашению) умножается на численность прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц и на коэффициент дифференциации с учетом половозрастных затрат(Приложение № 18 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 настоящим Тарифным соглашением) и численности прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц.~~

~~Распределение застрахованных лиц по медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лицо состоянию на 01.04.2016 года представлено Приложением № 4к 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 численностипо следующей формуле:~~

~~Vмфмо  = ∑ Пбнм \* КДпвАПП \* Ч полi\* Кчисл, где:~~

~~Vмфмо – объем месячного финансирования медицинской организации;~~

~~Пбнм – базовый месячный тариф;~~

~~КДпвАПП– 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 01.04.2016 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 и обращений по заболеванию.~~

~~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 организациямина оказание врачебной консультативной помощи и диагностических услуг.~~

2.1.5. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием, осуществляется следующим образом:

Дифференцированный подушевой норматив на прикрепившихся лиц для однородных групп медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (приложение № 17 к Соглашению), умножается на численность прикрепившихся лиц.

Распределение прикрепившихся к медицинским организациям лиц по состоянию на 01.04.2016 года представлено Приложением № 4 к Соглашению.

Дифференцированный подушевой норматив для однородных групп медицинских организаций рассчитывается по формуле:

ДПнi = ПнБАЗ \* СКДинтi, где:

ДПнi - дифференцированный подушевой норматив для однородных групп медицинских организаций;

ПнБАЗ – базовый (средний) подушевой норматив;

СКДинтi- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы медицинских организаций.

Базовый (средний) подушевой норматив 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 настоящим Тарифным соглашением) и численности прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы медицинских организаций (приложение № 17 к Соглашению), рассчитывается в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 декабря 2016 года № 11-8/10/2– 8266/12578/26/и с учетом применения коэффициента дифференциации половозрастных затрат (приложение № 18 к Соглашению) и коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов) (Приложение № 19 к Соглашению).

Финансирование медицинских организаций по подушевому нормативу осуществляется СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан ежемесячно в установленном порядке.

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации определяется СМО исходя из размера дифференцированного подушевого норматива для однородных групп медицинских организаций и среднемесячной численности прикрепившихся лиц по следующей формуле:

Vмфмо = ДПнi \* Ч, где:

Vмфмо – объем месячного финансирования медицинской организации;

ДПнi - дифференцированный подушевой норматив для однородных групп медицинских организаций;

Ч – среднемесячная численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

Расчет среднемесячной численности лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, осуществляется на основании сведений, предоставляемых медицинскими организациями 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 и обращений по заболеванию.

При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц **руководитель медицинской организации обязан обеспечить в полном объеме оказание медицинской помощи** вышеуказанными специалистами, а также необходимыми диагностическими исследованиями, в том числе путем заключения договоров с другими медицинскими организациями на оказание врачебной консультативной помощи и диагностических услуг (**в редакции Протокола № 66 от 13.02.2017 г.)**

~~2.1.6. 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  №  19 к Соглашению). КФАП применяется к стоимости медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за исключением медицинской помощи по специальности «Венерология», стоимости лечебно-диагностических услуг и стоимости услуг диализа.~~

~~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(Приложение  № 3 к Соглашению).~~

**(Пункт 2.1.6. исключен Протоколом № 66 от 13.02.2017 г.)**

~~2.1.7. 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.~~

2.1.6. 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 (**в редакции Протокола № 66 от 13.02.2017 г.).**

**2.2. 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 2017 год осуществляется за законченный случай преимущественно на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ).

2.2.1. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксг/кпг) по КСГ или КПГ определяется по следующей формуле:

СС кпг/ксг=БС\*КЗксг\*ПК, где

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка). Базовая ставка финансового обеспечения стационарной медицинской помощи (БС) утверждена приложением № 20 к Соглашению.

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, 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 № 21 к Соглашению).

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

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

Поправочный коэффициент оплаты КСГдля конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в Республике Башкортостан по следующей формуле:

ПК=КУксг\*КУСмо\*КСЛП, где

КУксг - управленческий коэффициент по КСГ, 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(Приложение № 23к Соглашению).

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, считается нецелесообразнымПеречень КСГ, для которых коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощине применяется, приведен в инструкции по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев. **Кроме того не применять коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях ко всем КСГ профиля «Медицинская реабилитация» (КПГ 37) (в редакции Протокола № 68 от 22.03.2017 года).**

~~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 Республике Башкортостан» (с изменениями) (Приложение № 2 к Соглашению).~~

~~Распределение медицинских организаций по уровням трехуровневой системы организации медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 29 декабря 2016 года № 3846-Д «Об утверждении перечней медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской поморщи в Республике Башкортостан, в соответствии с уровнями трехуровневой системы организации медицинской помощи в Республике Башкортостан» (в редакции Протокола №64 от 24.01.2017г.)~~

Распределение медицинских организаций по уровням трехуровневой системы организации медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 17 марта 2017 года № 594-Д «Об утверждении перечней медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан, в соответствии с уровнями трехуровневой системы организации медицинской помощи в Республике Башкортостан» (**в редакции Протокола №68 от 22.03.2017г.)**

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

**КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента применяется при оказании медицинской помощи в стационарных условиях в случаях сложности лечения пациента, связанных с возрастом (лица старше 75 лет) в размере - 1,02. (в редакции Протокола № 72 от 29.06.2017 г.)**

2.2.2. 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).Аналогичный подход применяется к оплате прерванных случаев при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

**В перечень групп, которые являются исключениями, представленными в Инструкции, внести КСГ дневного стационара, по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения.**

| **№ КСГ** | **Наименование КСГ (дневной стационар)** |
| --- | --- |
| **5.1.** | **Экстракорпоральное оплодотворение, 1 этап**  |
| **5.2.** | **Экстракорпоральное оплодотворение, 2 этап** |
| **5.3.** | **Экстракорпоральное оплодотворение, 3 этап**  |
| **5.4.** | **Экстракорпоральное оплодотворение, 4 этап** |

**(в редакции протокола №65 от 31.01.2017г.)**

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в том числе при переводе из круглосуточного стационара в дневной стационар и обратно, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 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~~~~, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.~~ При этом, если перевод из круглосуточного стационара в дневной производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, случай подлежит обязательной медико-экономической экспертизе, при необходимости экспертизе качества медицинской помощи **(в редакции Протокола №64 от 24.01.2017г.)**

2.2.3. 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.

2.2.4. 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.

Оплата медицинской реабилитации в специализированных больницах, центрах и реабилитационных отделениях МО осуществляется за законченный случай в утвержденных объемах на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ) по реабилитации.

**в следующих медицинских организациях:**

**ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ**

**ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск**

**ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ**

**ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау**

**ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай**

**ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ**

**ГБУЗ РБ ГБ № 2 г. Стерлитамак**

**ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа**

**ГБУЗ РБ ГКБ № 10 г. Уфа**

**ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа**

**ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа**

**НУЗ "Дорожный центр восстановительной медицины и реабилитации ОАО "РЖД"**

**ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова**

**ГБУЗ РКЦ**

**ГБУЗ РДКБ**

**ГБУЗ РКГВВ**

**ГБУЗ РБ БСМП г. Уфа**

**ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа (в редакции Протокола № 68 от 22.03.2017 г.)**

**ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (в редакции Протокола № 72 от 29.06.2017 г.)**

2.2.5. Оказание медицинской помощи по замене речевого процессора в условиях круглосуточного стационара (КСГ 159) предусмотрено только для ГБУЗ РДКБ.

2.2.6. 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 без учета коэффициента уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 24 к Соглашению).

Установить дифференцированные тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию при остром коронарном синдроме в зависимости от числа коронарных стентов при оказании высокотехнологичной медицинской помощи по группам 27 и 28 раздела I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее Перечень), предусмотренного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 (далее Программа), путем применения поправочных коэффициентов к нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой, при установлении:

 одного стента в размере – 0,8;

 двух стентов в размере – 1,1;

трех стентов в размере – 1,4.

2.2.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой **в условиях дневного стационара,**осуществляется за законченный случай лечения по КСГсогласно Приложению №  22 к Соглашению в пределах утвержденных объемов.

Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, утверждена Приложением № 20 к Соглашению.

2.2.8. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара для государственных учреждений здравоохранения Республики Башкортостан и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, равен 1,0; **для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" - коэффициент равен 1,20 (в редакции Протокола № 68 от 22.03.2017 года).**

2.2.9. Медицинская реабилитация, оказываемая в условиях дневного стационара, в рамках территориальной программы ОМС на 2017 год, по КСГ ~~113, 115, 117~~ предусмотрена только в ГБУЗ РДКБ **(КСГ 115, 117, 119 предусмотрена для ГБУЗ РДКБ и КСГ 115, 118, 119 - для ГАУЗ РБ «Санаторий для детей Нур г. Стерлитамак», в редакции протокола № 64 от 24.01.2017г.).**

2.2.10. ~~Проведение противовирусной терапии больных хроническими гепатитами в условиях дневного стационара предусмотрено только для ГБУЗ РБ ИКБ № 4 г. Уфа по КСГ 21, 23, 24.~~

~~За случай лечения принимается курс противовирусного лечения, выполненного в период одной госпитализации при условии выполнения объема медицинской помощи, предусмотренного стандартом оказания медицинской помощи. Длительность лечения составляет:~~

~~КСГ 21 – 28 дней;~~

~~КСГ 23 – 28 дней;~~

~~КСГ 24 – 14 дней.~~

Проведение противовирусной терапии больных хроническими гепатитами в условиях дневного стационара предусмотрено только для ГБУЗ РБ ИКБ № 4 г. Уфа по КСГ 21, 23, 24 (продолжительность по фактической длительности лечения), 25 (КСГ 25 предусмотреть в рамках финансовых средств, то есть не более 60 законченных случаев на 2017 год) **(в редакции Протокола № 70 от 04.05.2017 г.).**

2.2.11. Проведение экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара застрахованным лицам проводится в рамках специализированной помощи,по стоимости одного законченного случая и оплачивается за проведенный этап процедуры ЭКО, в том числе:

1 этап – стимуляция суперовуляции с применением длинного и короткого протоколов с использованием агонистов или антагонистов (64% от полной стоимости ЭКО), код медицинской услуги А11.20.017.001;

2 этап – получение яйцеклетки (15% от полной стоимости ЭКО), код медицинской услуги А11.20.017.002;

3 этап – культивирование эмбрионов в программе ЭКО (17% от полной стоимости ЭКО), код медицинской услуги А11.20.017.003;

4 этап – перенос эмбрионов в полость матки (4% от полной стоимости ЭКО), код медицинской услуги А11.20.017.004.

При оплате отдельных этапов процедуры ЭКО одного и того же пациента оплату последующего этапа осуществлять при наличии сведений о проведении предыдущих этапов.

Коэффициент относительнойзатратоемкости на случай экстракорпорального оплодотворения на различных этапахприведенв Приложении № 22 к Соглашению. Для каждого этапа ЭКО применяется управленческий коэффициент ~~- 1,21~~ **(с 1 февраля 2017 года- 1,4, в редакции Протокола №65 от 31.01.2017г).**

2.2.12. 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 тарифов на оплату процедур диализа с учетом применения различных методов представлен в Приложении № 25к 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).

В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

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 основного заболевания, повлекшего за собой развитие острой почечной недостаточности. При этом, при формировании реестров медицинских услуг, кроме поля DS1 «Диагноз основной» необходимо заполнить поле DS3 «Диагноз осложнения заболевания» одним из диагнозов по МКБ-10, определяющих состояние острой почечной недостаточности, в соответствии с КСГ 112 (в редакции Протокола № 71 от 26 мая 2017 года).**

В условиях дневного стационара применяется при необходимости:

КСГ 41 Лекарственная терапия у больных, получающих диализ. С применением управленческого коэффициента – ~~0,79~~ **(с 1февраля 2017 года- 0,772, в редакции Протокола №65 от 31.01.2017г).**

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

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

**Случай лечения с проведением процедур гемодиализа в условиях дневного стационара, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит к оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи в другой медицинской организации по КСГ для дневного или круглосуточного стационаров** (**в редакции Протокола № 71 от 26 мая 2017 года).**

 При оказании медицинской помощи в круглосуточном стационаре по КСГ 112, 113, **КСГ основного заболевания, повлекшего за собой развитие острой почечной недостаточности (в редакции Протокола № 71 от 26 мая 2017 года)**или в условиях дневного стационара по КСГ 41, 42 оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется соответственно в условиях круглосуточного или 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.

**Согласно клиническим рекомендациям по нефрологии в рамках плановой подготовки пациента к программному гемодиализу формируется первичная нативная артериовенозная фистула. Формирование артериовенозной фистулы оптимально на додиализной стации. Таким образом, выполнение объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ 42 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа» могут приниматься на оплату без подтверждения процедурами гемодиализа (в редакции Протокола 75 от 25 сентября 2017 года).**

**Случай лечения с проведением гемодиализа пациентам с острой почечной недостаточностью в АПУ, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит к оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи в другой медицинской организации в условиях круглосуточного стационара (в редакции Протокола № 71 от 26 мая 2017 года).**

 При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру экстракорпорального диализа или один день перитонеального диализа. При оказании специализированной заместительной почечной терапии в несколько посещений, законченный случай обращения по заболеванию учитывается одной записью без числа посещений.При этом в целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объёмом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца).

 При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

 Учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Тарифы на услуги по методам диализа (гемодиализ, гемодиафильтрация, перитонеальный диализ) представлены в Приложении № 25 к Соглашению. Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

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

2.2.13. Формирование реестров пролеченных больных в стационарных условиях и условиях дневного стационара медицинскими организациями осуществляется строго в соответствии с объемами в разрезе КСГ,доведенными Министерством здравоохранения Республики Башкортостан до медицинских организаций на 2017 год.

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

~~2.3.1. 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 № 26 к Соглашению) умножается на численность застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации(Приложение № 5 к Соглашению), на коэффициент дифференциации с учетом половозрастных затрат(Приложение № 18к 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 застрахованногоприкрепленного населения по состоянию на 01.04.2016 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 численностипо следующей формуле:~~

~~Vмфмо  = ∑ Пбнм \* КДпвСМП\* Ч полi\* Кчисл, где:~~

~~Vмфмо – объем месячного финансирования медицинской организации;~~

~~Пбнм – базовый месячный тариф;~~

~~КДпвСМП– коэффициент i-ой половозрастной группы;~~

~~Чполi– среднемесячная численность i-ой половозрастной группы;~~

~~Кчисл. – поправочный коэффициент численности, рассчитанный как отношение численности по состоянию на 01.04.2016 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 № 27 к Соглашению).~~

2.3.1. 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.

 Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц при оказании скорой медицинской помощи осуществляется следующим образом:

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций (приложение № 26 к Соглашению) умножается на численность прикрепившихся лиц.

Распределение прикрепившихся к медицинским организациям лиц по состоянию на 01.04.2016 года представлено Приложением № 5 к Соглашению.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций рассчитывается по формуле:

ДПнi = ПнБАЗ \* СКДинтi, где:

ДПн i - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций;

ПнБАЗ – базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

СКДинтi- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для i-той группы медицинских организаций.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитан исходя из 1/12 общей суммы средств, предназначенных на оказание скорой медицинской помощи за исключением суммы вызовов с применением тромболитических препаратов и суммы межтерриториальных расчетов на численность прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы медицинских организаций (приложение № 26 к Соглашению), рассчитывается в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 декабря 2016 года № 11-8/10/2–8266/ 12578/26/и с учетом применения коэффициента дифференциации половозрастных затрат (приложение № 18 к Соглашению).

Финансирование медицинских организаций по подушевому нормативу осуществляется СМО из общего подушевого норматива финансирования, утверждаемого Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан ежемесячно в установленном порядке.

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации определяется СМО исходя из размера дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций (приложение № 26 к Соглашению) и среднемесячной численности прикрепившихся лиц по следующей формуле:

Vмфмо = ДПнi \* Ч, где:

Vмфмо – объем месячного финансирования медицинской организации;

ДПнi - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций;

Ч – среднемесячная численность, прикрепившихся к медицинской организации.

Расчет среднемесячной численности лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, осуществляется на основании сведений, предоставляемых медицинскими организациями 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 № 27 к Соглашению).

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, осуществляется по стоимости вызова (Приложение № 27 к Соглашению) (**в ред. Протокола № 66 от 13.02.2017 г.)**

2.3.2. ~~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.~~

**СМО осуществляют проверку случаев оказания скорой медицинской помощи, в том числе и по специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи (в редакции Протокола № 72 от 29.06.2017 г.).**

2.3.3. 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.

2.3.4.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.

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

2.3.6. 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.

**2.4. Способы оплаты медицинской помощи сверх базовой части Программы ОМС.**

Оплата медицинской помощи 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.

2.4.1. оплату медицинской помощи лицам без определенного места жительства, неидентифицированным лицам (без паспорта и страхового медицинского полиса), осуществлять:

- в стационарных условиях – по фиксированной стоимости без учета применения коэффициента относительной затратоемкости по КСГи коэффициента уровня оказания медицинской помощи;

- в амбулаторно-поликлинических условиях – по персонифицированным реестрам счетов без учета применения коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов) КФАП;

- скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) – по персонифицированным реестрам счетов за выполненный вызов в зависимости от профиля бригады. 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).

2.4.2. ~~оплату специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи осуществлять по персонифицированным реестрам счетов за выполненный вызов~~.

**оплату специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи осуществлять по персонифицированным реестрам счетов за выполненный вызов (выезд) одной бригады независимо от числа врачей-специалистов в составе бригады (в редакции Протокола № 72 от 29.06.2017 г.).**

2.4.3. оплату медицинской помощи по профилю «венерология» осуществлять:

- в стационарных условиях – по фиксированной стоимости без учета применения коэффициента относительной затратоемкости по КСГи коэффициента уровня оказания медицинской помощи;

- в условиях дневных стационаров – по фиксированной стоимости без учета применения коэффициента относительной затратоемкости по КСГ и коэффициента уровня оказания медицинской помощи;

- в амбулаторно-поликлинических условиях – по персонифицированным реестрам счетов без учета применения коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов) КФАП.

2.4.4. оплату медицинской реабилитации (долечивания) работающих граждан в условиях санаторно-курортных организаций непосредственно после стационарного лечения осуществлять исходя из фиксированной стоимости законченного случая реабилитации (долечивания) без учета фактической длительности лечения, коэффициента относительной затратоемкости соответствующих КСГ по реабилитации и коэффициента уровня оказания медицинской помощи. Срок реабилитации (долечивания) составляет 18 дней.

2.4.5. оплату лечебных мероприятий с использованием аппаратного комплекса Кибер-нож (с имплантацией референсных маркеров и без имплантации референсных маркеров) в условиях дневных стационаров осуществлять за случай лечения по фиксированной стоимости без применения коэффициента уровня оказания медицинской помощи.

Тарифы медицинской помощи в рамках реализации сверх базовой части программы ОМС на 2017 год представлены в Приложении № 28 к Соглашению.

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

3.1. 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 внутригородского 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.

3.2. 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.

3.2.1. **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».

3.2.2. **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).

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

3.2.4. **Статья 290** «Прочие расходы».

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

3.2.6. **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 за исключением стоимости приобретения строительных материалов для проведения капитального ремонта).

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.

3.3. 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.

3.4. Финансирование расходов, включенных в структуру тарифа, при невыполнении МО объемов медицинской помощи, определенных Комиссией по разработке территориальной программыобязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан, 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 определенных Комиссией по разработке территориальной программыобязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан.

3.5. 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~~ 1,68 - с 1 февраля 2017 года (в ред. Протокола № 66 от 13.02.2017г.) на все виды оказываемой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи).

3.6. 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 помощиврамках базовой программы ОМС (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи).

3.7. Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между МО установлена в приложении № 29 «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.

3.8. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо (численность застрахованного населения на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 01.04.2016 года - 4 065 860 человек) в части базовой программы обязательного медицинского страхования, за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан на 2017 год, составляет:

 - в амбулаторных условиях – 3 580,05 рублей, исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях 14 555 971,7 тыс. рублей;

 - в стационарных условиях – 4571,29рублей, исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях18 586 223,5тыс. рублей (с учетом высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской реабилитации);

 - в условиях дневного стационара – 796,71рубля, исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара3 239 304,9тыс. рублей;

 - вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи – 601,34рубля, исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 2444 961,8тыс. рублей.

**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.**

4.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан 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).

4.2. В соответствии со статьей 40 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 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.3. 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 здравоохраненияи социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»(в действующей редакции).

4.4. 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;

С шт- 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 Кно, 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 основанийнеоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов (Приложение № 30 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 01.01.2017 г. РП составляет –9 789,5руб.

К шт- коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем основанийнеоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов.

Средства от применения Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан 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.

**V. Заключительные положения.**

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

5.1.1. 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».

5.1.2. 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».

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

5.3. 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 2017 год (Приложение № 1 к Соглашению);

Ø Перечень 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 Республике Башкортостан на 2017 год(Приложение № 2 к Соглашению);

ØПеречень государственных учреждений здравоохранения Республики Башкортостанна 2017 год, имеющих в своем составе фельдшерско-акушерские пункты(Приложение № 3 к Соглашению);

Ø Численность застрахованных по ОМС лиц в Республике Башкортостан прикрепленных к МО по состоянию на 01.04.2016 года (Приложение  №  4 к Соглашению);

ØЧисленность застрахованного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организациипо состоянию на 01.04.2016 года(Приложение № 5 к Соглашению);

Ø Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 6  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 01.01.2017 года. (Приложение № 7  к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 8 к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 9 к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение №10 к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение периодических медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 11 к Соглашению);

Ø Стоимость одного посещения медицинской  помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 12 к Соглашению);

Ø Стоимость одного посещения медицинской  помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 13 к Соглашению);

Ø Стоимость одного обращения для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемых в связи с заболеваниями по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 14 к Соглашению);

Ø Стоимость лечебно-диагностических услуг по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 15 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 № 16 к Соглашению);

Ø Базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 17  к Соглашению);

 Ø Коэффициент дифференциации с учетом половозрастныхзатратна 2017 год.(Приложение №  18 к Соглашению);

ØКоэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов) по состоянию на 01.01.2017 года.(Приложение  №  19 к Соглашению);

Ø Базовая ставка финансового обеспечения специализированной медицинской помощи по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 20 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 № 21 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 № 22 к Соглашению);

ØКоэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи. (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 2017 году. (Приложение № 24 к Соглашению);

Ø Стоимость услуг диализа с учетом применения различных методовпо состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 25 к Соглашению);

Ø Базовый месячный тариф на основе подушевого норматива финансирования при оказании скорой медицинской помощи по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 26 к Соглашению);

Ø Стоимость одного выполненного вызова бригады скорой медицинской помощи в зависимости от профиля по состоянию на 01.01.2017 года. (Приложение № 27 к Соглашению);

ØТарифы медицинской помощи в рамках реализации сверх базовой части программы ОМС на 2017 год.(Приложение № 28 к Соглашению);

Ø Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС. (Приложение № 29 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 № 30 к Соглашению).

5.4. 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 Соглашение.

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.

5.5. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2017 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство здравоохранения

Республики Башкортостан:

МинистрА. А. 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»:

ПредседательР.Я. Нагаев

Страховые медицинские организации:

Директора Уфимского филиала

АО «Страховая компания “СОГАЗ-Мед”»Д.Т. Фарахова

Директор Уфимского филиала АО

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