

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ НА 2021 ГОД**

г. Улан-Удэ

«21» января 2021 г.

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Республики Бурятия в лице министра здравоохранения Республики Бурятия Лудуповой Е.Ю., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия в лице директора Варфоломеева А.М., Бурятский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед» в лице директора Гаврилова Ю.А., Региональная общественная организация «Медицинская палата Республики Бурятия» в лице председателя Иринчеева А.Д., Бурятская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Ивановой Д.Б., в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Бурятия на 2021 год (далее – Соглашение).

1.1. Настоящее Соглашение заключено на основании и в соответствии со следующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Республики Бурятия:

- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 №2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- Постановление Правительства Республики Бурятия от 30.12.2020 №833 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2021 и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от

13.03.2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения", от 13.10.2017г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», от 29.12.2020 №1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

– приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия и Территориального фонда ОМС Республики Бурятия от 26.05.2014 г. №809-ОД/154 «Об утверждении порядка учета прикрепления застрахованных лиц».

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются:

1.2.1. Установление порядка применения способов оплаты медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования;

1.2.2. Установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2021 году;

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

1.3. Термины и определения, используемые в Соглашении:

Прикрепленное лицо - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ, проживающее на территории Республики Бурятия и прикрепившееся к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Подушевой норматив финансирования - размер финансовых средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации.

Посещение (с профилактической и иными целями и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Условная единица трудоемкости (далее - УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом, ортодонтическом приеме.

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

Посещение приемного покоя – случай оказания неотложной и экстренной медицинской помощи (с использованием параклинических диагностических методов исследования) в приемном отделении (приемном покое) стационара больному, не подлежащему госпитализации.

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

Тарифы на оплату медицинской помощи - денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС, как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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

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

Клинико-профильная группа (КПГ) - группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ) – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости, коэффициента дифференциации и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной

программой государственных гарантий.

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке и не подлежащий изменению в субъекте Российской Федерации.

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, коэффициент сложности лечения пациентов.

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

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

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

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

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

РАЗДЕЛ 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. При реализации территориальной программы ОМС на территории Республики Бурятия применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

1) **при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на

финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Бурятия, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

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

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

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

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента

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

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

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

2.2. Перечень применяемых медицинскими организациями способов оплаты в разрезе условий оказания медицинской помощи приведен в Приложении №1 к Соглашению. Распределение медицинских организаций (структурных подразделений) по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи приведено в Приложении №1а.

2.3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, определен Приложением №2 к Соглашению.

2.4. Порядок осуществления выплат стимулирующего характера медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за выполнение целевых показателей деятельности в 2021 году, перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки определены в Приложении №3 к Соглашению.

РАЗДЕЛ 3. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

3.2. В части медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливаются:

– средний подушевой норматив финансирования в размере - 6794,86 рублей в год (566,24 руб. в месяц);

– коэффициенты приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования в размере -0,30773;

– размер базового подушевого норматива финансирования в размере - 2090,98 рублей в год (174,25 руб. в месяц);

– размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», на год составляет:

ФП, ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей, – 1 010,7 тыс. рублей;

ФП, ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей, – 1 601,2 тыс. рублей;

ФП, ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей, – 1 798,0 тыс. рублей.

Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - ФП, ФАП иных типов рассчитаны с применением понижающих и повышающих поправочных коэффициентов и составляют:

– ФП, ФАП, обслуживающий менее 100 жителей, коэффициент 0,9 к размеру финансового обеспечения ФП, ФАП, обслуживающего от 100 до 900 жителей;

– ФП, ФАП, обслуживающий более 2000 жителей, коэффициент 1,2 к размеру финансового обеспечения ФП, ФАП, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей.

– дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (Приложение №4);

– тарифы для отражения в реестрах и информирования застрахованных лиц о стоимости единиц объема медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями прикрепленному населению (Приложение № 4а);

– тарифы на оплату лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в амбулаторных условиях (на дому) и применением телемедицинских технологий (Приложение 4б);

– коэффициенты специфики оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (Приложение № 5);

– коэффициенты половозрастных затрат (Приложение 5а);

– коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение №6);

– коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (Приложение №7);

– размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (Приложение № 8);

– коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации -ФП, ФАП, учитывающий соответствие их требованиям, установленным приказом 543н (Приложение 8а)

- тарифы на оплату медицинской помощи в приемных отделениях стационаров, больным, не подлежащим госпитализации, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 9);
- тарифы на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия; среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение №10);
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в травматологических пунктах г. Улан-Удэ, антирабическом центре г. Улан-Удэ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №11);
- тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказываемой поликлиниками (поликлиническими отделениями), не имеющими прикрепленного населения, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №12);
- тарифы на оплату посещений по неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 13);
- тарифы на оплату обследования, проводимого при подготовке на процедуру экстракорпорального оплодотворения, криоперенос, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 14);
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой передвижными мобильными комплексами, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №15);
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой Республиканским сурдологическим центром, центром патологии речи и нейрореабилитации, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №16);
- тарифы на оплату обследования, проводимого при подготовке к проведению лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых (Приложение №17);
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой детскому населению по специальности «Оториноларингология» (Приложение №18);
- тарифы на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №19);
- тарифы на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения (2 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой

гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 20);

– тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №21);

– тарифы на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительства), в приемную или патронатную семью, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 22);

– тарифы на оплату профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №23);

– тарифы на оплату профилактического медицинского осмотра взрослого населения, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №24);

– прейскурант тарифов на оплату внешних консультативных, диагностических и лечебных амбулаторно-поликлинических услуг для проведения взаиморасчетов в условиях фондодержания, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №25);

– тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС установлены отдельные нормативы (Приложение 26);

– тарифы на оплату процедур заместительной почечной терапии, проводимой в амбулаторных условиях при хронической почечной недостаточности, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 27);

– коэффициенты дифференциации в разрезе муниципальных образований Республики Бурятия, применяемые для оплаты медицинской помощи, (Приложение №28

3.3. В части медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, устанавливаются:

– перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ (КПГ), значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ (КПГ) для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №29, в электронном виде);

– перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ (КПГ), значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ (КПГ) для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №30,

в электронном виде);

- коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке:

- в стационарных условиях – 65%; в условиях дневного стационара – 60%;

- размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка финансирования), включенного в клинко-статистическую группу заболеваний (Приложение №31);

- тарифы на оплату процедур заместительной почечной терапии, проводимой в стационарных условиях при хронической почечной недостаточности, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 27);

- коэффициенты дифференциации в разрезе муниципальных образований Республики Бурятия, применяемые для оплаты медицинской помощи (Приложение №28);

- коэффициенты уровня оказания медицинской помощи для оплаты по клинко-статистическим группам заболеваний (Приложение №32);

- коэффициенты сложности лечения пациентов для оплаты медицинской помощи по клинко-статистическим группам заболеваний (Приложение №33);

- тарифы на оплату законченных случаев лечения в стационарных условиях по видам высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение №34);

- доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение №35)

- доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПГ (медицинская помощь пациентам старше 18 лет, проходящих лекарственную терапию злокачественных новообразований) (Приложение №36).

3.5. В части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, устанавливаются:

- средний подушевой норматива финансирования в размере – 1124,36 рублей в год (93,70 руб. в месяц);

- коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования в значении – 0,99413;

- базовый подушевой норматив финансирования в размере - 1117,76 рублей в год (93,15 руб. в месяц);

- коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования (Приложение №5);

- дифференцированные подушевые нормативы финансирования на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (Приложение №4);

- тарифы для отражения в реестрах и информирования застрахованных лиц о стоимости единиц объема медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями прикрепленному населению (Приложение № 4а);

- тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи (Приложение №37).

РАЗДЕЛ 4. РАЗМЕРЫ НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

В соответствии с п.8 ч.7 ст.34 и п.2 ч.3 ст.39 Федерального закона от 29.11.2010г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Территориальный фонд ОМС Республики Бурятия и филиалы страховых медицинских организаций, включённые в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2021 году на территории Республики Бурятия проводят контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Порядок организации и проведения контроля установлен приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2019 N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

В Приложении № 38 устанавливается «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)», применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

5.1. Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики действует с 1 января 2021 года по 31 декабря 2021 года (включительно).

5.2. Информационное взаимодействие при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ведется в соответствии с Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 г. № 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования" и Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Бурятия.

5.3. За отчетный период, за который производится оплата медицинской помощи, принимается месяц.

5.4. В соответствии с действующим законодательством стороны, участвующие в приеме-передаче данных, несут ответственность за передачу

сторонним лицам сведений из полученных реестров, составляющих врачебную тайну, и/или персонифицированных данных.

5.5. В тарифное соглашение вносятся изменения:

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

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 Требований, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

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

г) при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

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

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

5.5. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Министр здравоохранения
Республики Бурятия



Е.Ю.Лудупова

Директор Территориального фонда ОМС
Республики Бурятия



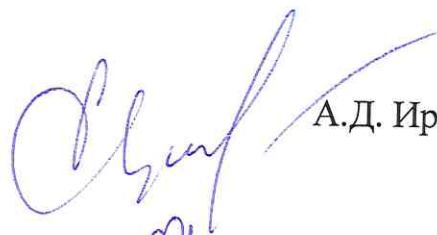
А.М. Варфоломеев

Директор Бурятского филиала
АО «СК «СОГАЗ – Мед»



Ю.А. Гаврилов

Председатель региональной
общественной организации
«Медицинская палата Республики Бурятия»



А.Д. Иринчеев

Председатель Бурятской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Д.Б. Иванова