

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ НА 2019 ГОД**

г. Улан-Удэ

«23» января 2019 г.

**РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Министерство здравоохранения Республики Бурятия в лице министра здравоохранения Республики Бурятия Самбуева Д.Н., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия в лице директора Варфоломеева А.М., Бурятский филиал ООО ВТБ МС в лице директора Модонова А.Ф., Региональная общественная организация «Медицинская палата Республики Бурятия» в лице председателя Иринчиева 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 2019 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 10.12.2018 №1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Постановление Правительства Республики Бурятия от 27.12.2018 №762 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2019 и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации



определенных групп взрослого населения», 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»;

– приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

– приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 №247 «Об установлении 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 2019 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 целью 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.

**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 и 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 (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);

**Оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-ресурсоемкости, 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: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, коэффициент сложности лечения пациентов.

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

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

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

**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.

## **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 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, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного



медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

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 клинико-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 клинико-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;

5) при оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

2.2. Перечень медицинских организаций с указанием условий оказания медицинской помощи приведен в Приложении № 1 к Соглашению.

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 2019 году, перечень показателей



результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки определены в Приложении № 3 к Соглашению.

### **РАЗДЕЛ 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ 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 размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, 5754,1 рубля;

- базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи в размере 311,69 рубля;

- 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 в амбулаторных условиях медицинскими организациями прикрепленному населению (Приложение 4а);

- коэффициенты половозрастных затрат (Приложение № 5);

- средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевых нормативов финансирования (Приложение № 6);

- 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 № 7);



– тарифы на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия; классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (Приложение № 8);

– 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 № 9);

– 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 № 10);

– 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 № 11);

– тарифы на оплату обследования, проводимого при подготовке на процедуру экстракорпорального оплодотворения, процедуру размораживания криоконсервированных эмбрионов, с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 12);

– тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой передвижными мобильными комплексами, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 13);

– 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 № 14);

– тарифы на оплату законченного случая диспансеризации определенных групп взрослого населения проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 26.10.2017 № 869н (1 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 15);

– тарифы на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 26.10.2017 № 869н (1 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 15а);

– тарифы на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ



РФ от 26.10.2017 № 869н (2 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 16);

– тарифы на оплату законченного случая диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 15.02.2013 г. №72н, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 17);

– тарифы на оплату законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительства), в приемную или патронатную семью, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 11.04.2013 г. №216н, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 18);

– тарифы на оплату законченного случая профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, проводимого в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 10.08.2017 г. №514н, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 19);

– тарифы на оплату профилактического медицинского осмотра взрослого населения, проводимого в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ № 1011н, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 20);

– прејскурант 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 № 21);

– тарифы на оплату дистанционного наблюдения пациентов за показателями артериального давления при подборе лекарственной терапии и при контроле эффективности лекарственной терапии (Приложение №22);

– тарифы на прижизненное гистологическое исследование биопсийного материала (Приложение 23);

- 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 № 24).

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

– средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного



медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС 7301,0 рублей;

- 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 № 24);

- размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка финансирования), включенного в клинко-статистическую группу заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 25);

- коэффициенты дифференциации, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (Приложение №26);

- коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях для оплаты по клинко-статистическим группам заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 27);

- коэффициенты сложности лечения пациентов для оплаты медицинской помощи по клинко-статистическим группам заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 28);

- перечень клинко-статистических групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 29, в электронном виде);

- 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 № 30);

3.4. В части медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, устанавливаются:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС 1659,0 рублей;

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



24);

– размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневных стационаров (базовая ставка), включенного в клинико-статистическую группу заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 25);

– коэффициенты дифференциации, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение №26);

– коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара для оплаты по клинико-статистическим группам заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 27);

– коэффициенты сложности лечения пациентов для оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 28);

– перечень клинико-статистических групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 31, в электронном виде).

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

– средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС 976,8 рублей;

– базовый подушевой норматив финансирования скорой помощи, оказанной вне медицинской организации, в размере 80,48 рублей;

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

– коэффициенты половозрастных затрат (Приложение № 5);

– тарифы на оплату одного случая проведения тромболизиса при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента S-T с применением лекарственных средств «метализе», «актилизе», «фортелизин» при оказании скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 32);



#### **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**

4.1. 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 2019 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 01.12.2010г. №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС» (далее-Порядок).

В целях реализации Порядка настоящим тарифным соглашением в Приложении № 33 устанавливается «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)».

#### **РАЗДЕЛ 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

5.1. Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Бурятия вступает в силу с момента заключения, действует по 31 декабря 2019 г. и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2019 г.

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. Пересмотр (индексация) тарифов осуществляется в связи с изменениями Программы ОМС, в том числе:



- изменением величины доходов и (или) расходов бюджета ТФОМС РБ;
- при изменении нормативных правовых актов Российской Федерации и нормативных правовых актов Республики Бурятия.

5.6. Изменение настоящего Соглашения осуществляется по взаимному согласию его Участников с учетом изменений в действующей нормативно-законодательной базе в виде Дополнительных соглашений, которые являются его неотъемлемой частью.

Министр здравоохранения  
Республики Бурятия



Д.Н. Самбуев

Директор Территориального фонда ОМС  
Республики Бурятия



А.М. Варфоломеев

Директор Бурятского филиала  
ООО ВТБ Медицинское страхование



А.Ф. Модонов

Председатель региональной  
общественной организации  
«Медицинская палата Республики Бурятия»



А.Д. Иринчеев

Председатель Бурятской республиканской  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ



Д.Б. Иванова