

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ НА 2017 ГОД**

г. Улан-Удэ

09 января 2017г.

**РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Министерство здравоохранения Республики Бурятия в лице министра здравоохранения Республики Бурятия Кожевникова В.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия в лице директора Самбуева Д.Н., филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Бурятия-Медицина» страховой медицинской организации ООО «РГС-Медицина» в лице директора Бандеева Б.В., Региональная общественная организация «Медицинская палата Республики Бурятия» в лице председателя Балханова Б.С., 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 2017 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 19.12.2016 №1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Постановление Правительства Республики Бурятия от 28.12.2016 № 608 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2017 и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

– приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 № 36ан «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 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;

– приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 №200 «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 2017 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, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

**Обращение по поводу заболевания** – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

**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)** в стационаре (дневном стационаре) – случай оказания медицинской помощи по основному заболеванию в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи с предоставлением лечебно-диагностических и консультативных услуг врачей-специалистов при наличии сопутствующего заболевания и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выбытия (выписки, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

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

**Прерванный случай лечения** – случай оказания медицинской помощи, завершившийся преждевременно (в том числе по причине добровольного отказа пациента (законного представителя) от медицинского вмешательства, продолжения лечения, самовольный уход), или перевод в другое отделение по поводу другого заболевания, или в другую медицинскую организацию по поводу основного заболевания и вследствие этого невозможности выполнения объема медицинской помощи в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

**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 затратноемкости 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 затратноемкости** – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент затратноемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратноемкости 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, 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 Республики Бурятия, 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:

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

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);

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 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 2017 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, 4695,2 рубля;

- базовый подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи в размере 237,42 рубля;

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

- коэффициенты половозрастных затрат (Приложение № 5);

- 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, 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 ГАУЗ «РКБ им. Н.А.Семашко», 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 03.02.2015 № 36ан (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 03.02.2015 № 36ан (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 03.02.2015 г. № 36 ан (2 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия в соответствие (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 №1346н, 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);

– преискурант 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 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 № 22).

3.4. 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 5603,86 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 № 22);

– размер средней стоимости законченного случая лечения в стационарных условиях (базовая ставка финансирования), включенного в клинико-статистическую группу заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 23);

– коэффициенты уровня оказания стационарной помощи для оплаты по клинико-статистическим группам заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 24);

– 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 № 25);

– перечень клинико-статистических групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 26, 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 № 27);

3.5. 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 1001,2 рубля;

– 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 № 22);

– 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 № 23);

- 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 № 25);
- перечень клинико-статистических групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 28, в электронном виде);
- тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, не включенной в оплату по клинико-статистическим группам заболеваний, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 29).

3.6. 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 772,0 рублей;
- базовый подушевой норматив финансирования скорой помощи, оказанной вне медицинской организации, в размере 62,97 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 тромболитика при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента S-T с применением лекарственных средств «метализе» и «актилизе» при оказании скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (Приложение № 30).

#### **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 целях реализации приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим тарифным соглашением в Приложении № 31 устанавливается «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)».

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}},$$

где:

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

$C_{\text{шт}}$  - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

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

$K_{\text{но}}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее - Перечень оснований), предусмотренным в Приложении №31 настоящего Соглашения:

Размер $K_{\text{но}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.6
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{\text{шт}}$ ), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}},$$

где:

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

$K_{\text{шт}}$  - коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{\text{шт}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

## 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 2017 г. и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2017 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 Методическими рекомендациями ТФОМС РБ на 2017 год по формированию реестров за оказанные медицинские услуги.

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



В.В.Кожевников

Директор  
Территориального фонда ОМС  
Республики Бурятия



Д.Н.Самбуев

Директор филиала ООО «РГС-Медицина»-  
«Росгосстрах-Бурятия-Медицина»  
страховой медицинской организации  
ООО «РГС-Медицина»



Б.В.Бандеев

Председатель региональной  
общественной организации  
«Медицинская палата Республики Бурятия»



Б.С. Балханов

Председатель Бурятской республиканской  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ



Д.Б. Иванова