

**Тарифное соглашение
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Республики Башкортостан
на 2021 год**

г. Уфа

28 декабря 2020г.

I. Общие положения

1.1. Настоящее тарифное соглашение (далее Соглашение) по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан на 2021 год (далее Территориальная программа ОМС) разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

- Федеральный закон от 29 ноября 2010года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»(в действующей редакции);
- Федеральный закон от 8 декабря 2020 года № 391-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- Закон Республики Башкортостан от 22 декабря 2020 № 352-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);
- проект постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- проект постановления Правительства Республики Башкортостан «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (в действующей редакции);

- проект Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 года № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2018 года № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- другие нормативные правовые акты в сфере обязательного медицинского страхования граждан, регулирующие правоотношения по предмету настоящего Соглашения.

Соглашение заключено между:

- Министерством здравоохранения Республики Башкортостан в лице министра здравоохранения Республики Башкортостан Забелина Максима Васильевича;

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в лице директора Кофановой Юлии Анатольевны;

- Республиканской организацией Башкортостана профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Халфина Рауля Магруфовича;

- Национальной медицинской палатой Республики Башкортостан в лице президента Сабирзяновой Дамиры Шарифьяновны;

- Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице директора Уфимского филиала АО «Страховая компания “СОГАЗ-Мед”» Фараховой Дианы Тагировны, директора Уфимского филиала ООО «СМК РЕСО-Мед» Юсуповой Раисы Мансуровны, именуемыми в дальнейшем Сторонами.

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

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

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

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

II. Способы оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2020 год.

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

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).

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

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

- 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), 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);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, 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);

- 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), радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), цитологическое исследование мазка с шейки матки (жидкостной метод), исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественный метод).

2.1.1. Итоговый объем финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в конкретной медицинской организации определяется по формуле:

$$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i = OC_{\text{ДС}}^i + OC_{\text{ИССЛЕД}}^i + OC_{\text{НЕОТЛ}}^i + OC_{\text{ЕО}}^i + \Phi ДП_{\text{Н}}^i \times \chi_{\text{З}}^i + OC_{\text{ФАП}}^i, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{ФАКТ}}^i$ фактический размер финансового обеспечения i -той медицинской организации в части оказания первичной медико-санитарной помощи, рублей;

$OC_{\text{ДС}}^i$ размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи по КСГ, оказываемой в i -той медицинской организации в условиях дневного стационара;

$OC_{\text{ИССЛЕД}}^i$ размер средств, направляемых на оплату проведения 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), радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19). в i-той медицинской организации;

$ОС_{НЕОТЛ}^i$	размер средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в i-той медицинской организации;
$ОС_{ЕО}^i$	размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в i-той медицинской организации в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Республике Башкортостан (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами);
$ФДП_N^i$	фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования i-той медицинской организации, рублей;
$Ч_3^i$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек;
$ОС_{ФАП}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов в i-той медицинской организации;

2.1.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи определяется в соответствии с Методическими рекомендациями исходя из 1/12 подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, без учета коэффициента дифференциации для Республики Башкортостан – 1,109 (приложение № 3 к Соглашению).

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДП_N^i = ПН_{БАЗ} \times КУ_{МО}^i \times КД_{ПВ}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД_{СУБ}^i, \text{ где:}$$

$ДП_N^i$ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей (приложение № 4 к

Соглашению);

$ПН_{БАЗ}$ базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

$КУС_{МО}^i$ коэффициент уровня, к которому относится i -тая медицинская организация(приложение № 5 к Соглашению);;

$КД_{ПВ}^i$ половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i -той медицинской организаций (приложение № 6 к Соглашению);

$КД_{ОТ}^i$ 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 и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (приложение № 7 к Соглашению);

$КД_{СУБ}^i$ районный коэффициент к заработной плате и процентная надбавка к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация(приложение № 3 к Соглашению).

Финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц осуществляется:

- по обращениям в связи с заболеваниями и посещениям с профилактической целью по следующим специальностям:

В части обращений в связи с заболеваниями	В части посещений с профилактической целью
Врач общей практики	Врач общей практики
Кардиология	Кардиология
Педиатрия	Педиатрия
в том числе педиатр участковый	в том числе педиатр участковый
Терапия	Терапия
в том числе терапевт участковый	в том числе терапевт участковый

В части обращений в связи с заболеваниями	В части посещений с профилактической целью
Эндокринология	Эндокринология
Неврология	Неврология
Хирургия	Хирургия
Урология	Урология
Оториноларингология	Оториноларингология
Офтальмология	Офтальмология
Онкология	
Физиотерапия	

- оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи).

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

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации определяется СМО исходя из размера, дифференцированного подушевого норматива медицинской организации и среднемесячной численности прикрепившихся лиц по следующей формуле:

$V_{\text{мфмо}} = \text{ДПн}_i * Ч$, где:

$V_{\text{мфмо}}$ – объем месячного финансирования медицинской организации;

ДПн_i - дифференцированный подушевой норматив для медицинских организаций;

$Ч$ – среднемесячная численность лиц, прикрепившихся к медицинской организации.

Расчет среднемесячной численности лиц, прикрепившихся к медицинским организациям, осуществляется на основании сведений, предоставляемых медицинскими организациями в установленном порядке.

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием в установленном порядке. При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной специальностями, не входящими в вышеуказанный перечень, осуществляется - за единицу объема

медицинской помощи - за посещение, за обращение (законченный случай), за медицинскую услугу.

2.1.5. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются:

- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;
- расходы медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц;
- расходы на оплату медицинской помощи по специальностям, не включенным в подушевой норматив;
- расходы на оплату посещений с целью консультации;
- расходы на оплату посещений, оказываемых в центрах здоровья;
- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием в межмуниципальных онкологических центрах (ММОЦ) и центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП);
- расходы на оплату 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, радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, цитологическое исследование мазка с шейки матки (жидкостной метод), исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (количественный метод);
- средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);
- расходы на оплату обращений в связи с заболеванием на долечивание в травматологических пунктах;
- т расходы на оплату естирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

2.1.6. В объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями включаются:

1. Комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения).
2. Комплексные посещения для проведения диспансеризации.
3. Посещения с иными целями, в том числе:
 - посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений) (за исключением 1-го посещения),
 - посещения для проведения 2-этапа диспансеризации,

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

- посещения центров здоровья,

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

- посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и др.).

Стоимость профилактических посещений в амбулаторных условиях с иными целями представлена Приложением № 8 к Соглашению.

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, включает, в том числе посещения на дому.

Оказание неотложной медицинской помощи осуществляется врачами-специалистами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием. Стоимость посещения по неотложной медицинской помощи представлена Приложением № 9 к Соглашению.

2.1.7. 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. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу. На 2021 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,9.

Обращение по поводу заболевания (Приложение № 10 к Соглашению).

2.1.8. К лечебно-диагностическим услугам в амбулаторных условиях относятся исследования: 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), радиоизотопной диагностики, лучевой терапии, ПЭТ/КТ исследований в Центре ПЭТ, скрининговое ультразвуковое исследование, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

2.1.8.1. Оплата за лечебно-диагностическое исследование производится по областям исследования, при этом одна область соответствует одному объему медицинской помощи (1 исследованию) и может включать в себя одну или несколько медицинских услуг. Исследование каждой области с указанием кодов медицинских услуг принимается к оплате не более 1 раза.

Стоимость отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы программой государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС представлена Приложением № 11 к Соглашению. Стоимость лечебно-диагностических услуг - Приложением № 12 к Соглашению.

2.1.8.2. Категории лиц, для которых предусмотрено тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования представлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов (пункт 4.2.)

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

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;
- обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

2.1.10. Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает посещения:

- врачей амбулаторно-поликлинических учреждений;
- врачей и медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений;
- медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием

2.1.11. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерством здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», 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».

Показатели результативности деятельности медицинских организаций и порядок их применения представлен Приложением № 32 к Соглашению.

Доля всех средств (Дрд) направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, составляет 0,04. Размер средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, составляет 393,5 млн. рублей в год.

В условиях угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, со дня установления решением Главы Республики Башкортостана на территории республики ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и до дня их отмены показатели результативности деятельности медицинской организации при оплате профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в расчетах не применяются.

2.1.12. Тарифы профилактических медицинских осмотров и диспансеризации представлены Приложениями №13, №14, №15, №16 к Соглашению).

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включающего профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, проводимых в выходной день, осуществляется с применением повышающего коэффициента в размере 1,05 к утвержденным тарифам

2.1.13. Тариф на проведение полного комплекса мероприятий в рамках профилактических осмотров, включая диспансеризацию, мобильными медицинскими бригадами установлен с применением повышающего коэффициента в размере 1,1.

Кроме того, в Приложении № 30 к Соглашению установлены отдельные тарифы на медицинские услуги, оказываемые передвижными мобильными комплексами (маммография, флюорография, центры здоровья).

Для осуществления аналитического контроля установить признак «мобильные комплексы» через запись в справочнике подразделений мобильных комплексов для каждой из медицинской организации, осуществляющей первичную медико-санитарную помощь передвижными мобильными медицинскими комплексами. При подаче законченного случая первого этапа диспансеризации взрослого населения в реестре счетов на оплату оказанной медицинской помощи, при выполнении услуги «маммография» или «флюорография» мобильным комплексом иной медицинской организации в полях LPU (Код МО) и LPU_1 (Подразделение МО) указываются идентификационные данные медицинской организации, оказавшей эту услугу.

2.1.14. Финансовый размер обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, **при условии их соответствия требованиям**, установленным

положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в среднем на 2021 год представлен приложением № 19 к Соглашению и составляет:

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – с применением понижающего коэффициента 0,47356 к размеру финансового обеспечения фельдшерского /фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей или 530,8 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 120,9 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 1 775,7 тыс. рублей,

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 1 994,0 тыс. рублей;

фельдшерский/фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей - с применением повышающего коэффициента 1,05 к размеру финансового обеспечения фельдшерского /фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей или 2 093,7 тыс. рублей.

Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\Phi \Delta \Pi}^i = \sum_n \left(\chi_{\Phi \Delta \Pi}^n \times \Phi PO_{\Phi \Delta \Pi}^n \times PK_{\Phi PO}^n \right), \text{ где:}$$

$OC_{\Phi \Delta \Pi}^i$ размер средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в *i*-той медицинской организации;

$\chi_{\Phi \Delta \Pi}^n$ число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов *n*-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$\Phi PO_{\Phi \Delta \Pi}^n$ размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов *n*-го типа;

$PK_{\Phi PO}^n$ поправочный коэффициент финансового размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен Программой, устанавливается значение коэффициента равное 1).

Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения на 2021 год, представлен приложением № 18 к Соглашению.

Дифференцированный размер средств, направляемых на финансовое обеспечение одного фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, **не соответствующего требованиям**, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, рассчитывается следующим образом:

$\Phi O_{\text{ФАП}} = \Phi P O_{\text{ФАП}} \times П K_{\text{ФАП}}$, где:

$\Phi O_{\text{ФАП}}$ – дифференцированный размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n-го типа, рублей;

$\Phi P O_{\text{ФАП}}$ – размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта n-го типа, содержит:

80% - затрат на формирование фонда оплаты труда с начислениями в соответствии с утвержденным штатным расписанием фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

20% - затрат на содержание и обеспечение материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

$П K_{\text{ФАП}}$ – поправочный коэффициент фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

$П K_{\text{ФАП}} = (0,8 \times K_{\text{УК}} + 0,2 \times K_{\text{МТБ}})$, где:

$K_{\text{УК}}$ – коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами;

$K_{\text{МТБ}}$ – коэффициент обеспеченности материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

$П K_{\text{ФАП}}$ не может быть больше единицы!

В случае если $K_{\text{УК}} = 0$ и/или $K_{\text{МТБ}} = 0$, финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов не осуществляется!

Коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами ($K_{\text{УК}}$) и коэффициент обеспеченности материально-технической базы ($K_{\text{МТБ}}$) определяются на основании ежемесячно предоставляемой ГКУЗ РБ МИАЦ г. Уфа актуализированной информации до 20 числа отчетного месяца (по данным медицинских организаций).

Актуализированная информация предоставляется **только по ФАП, имеющим лицензию.**

При этом коэффициент укомплектованности фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта кадрами ($K_{\text{УК}}$) определяется по следующей формуле:

$K_{\text{УК}} = 3Д_{\text{ФАП}} / РШН_{\text{ФАП}}$, где

$З_{\text{ФАП}}$ – количество занятых должностей фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$РШН_{\text{ФАП}}$ – количество рекомендуемых приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н (в действующей редакции) штатных нормативов фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта.

При этом число рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего до 100 жителей соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

Число рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего свыше 2000 жителей соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов ФАП, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей».

Коэффициент обеспеченности материально-технической базы фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта ($K_{\text{мтб}}$) определяется по следующей формуле:

$$K_{\text{мтб}} = \sum B/100, \text{ где}$$

B – условные баллы имеющегося медицинского оборудования (оснащения) фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта в соответствии со следующей таблицей.

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения) ФАП	Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н	Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера-гинеколога (акушерки)	Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера-гинеколога (акушерки)
1	Рабочее место фельдшера с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть*	не менее 1	2	2
2	Рабочее место врача акушерки с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	не менее 1	2	0
3	Рабочее место медицинской сестры с персональным компьютером и выходом в информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"	не менее 1	2	2
4	Шкаф для одежды	1	0,1	0,1
5	Шкаф для белья	1	0,1	0,1
6	Шкаф для лекарственных препаратов	1	2	3
7	Вешалка для одежды	2	0	0
8	Тумбочки медицинские	2	0,5	0,5
9	Стол манипуляционный	1	2	2
10	Стол процедурный	1	2	2

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения) ФАП	Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н	Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)	Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)
11	Стол инструментальный	1	2	2
12	Планальный стол	1	1	1
13	Кресло гинекологическое	1	2	2
14	Кушетки медицинские	2	3	3
15	Электрокардиограф портативный 3- или 6-канальный	1	4	4
16	Автоматический дефибриллятор	1	1	1
17	Тонومتر для измерения артериального давления на периферических артериях манжетами для измерения артериального давления у детей, в том числе до 1 года*	не менее 1	1	1
18	Фонендоскоп*	не менее 1	4	4
19	Сейф для хранения наркотических или психотропных лекарственных препаратов и лекарственных препаратов, содержащих сильнодействующие или ядовитые вещества	1	0,4	0,4
20	Холодильник для лекарственных препаратов	1	4	4
21	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	1	3	3
22	Носилки	2	1	1
23	Щит спинальный с устройством для фиксации головы, рентгенпрозрачный, амагнитный	1	0,1	0,1
24	Костыли	2	0,5	0,5
25	Одеяло с подогревом	1	0,1	0,1
26	Секундомер	2	0,1	0,1
27	Термометр медицинский	5	3	4
28	Пузырь для льда	2	1	1
29	Шины для транспортной иммобилизации (разной конструкции)	2	0,5	0,5
30	Роторасширитель одноразовый	2	1	1
31	Языкодержатель	2	1	1
32	Стерилизатор электрический средний	1	0,1	0,1
33	Сухожаровой шкаф или автоклав	1	4	4
34	Кислородный ингалятор	1	1	1
35	Анализатор уровня сахара крови портативный с тест-полосками	1	3	3
36	Анализатор гемоглобина крови или тест-системы для определения уровня гемоглобина крови	1	2	2
37	Экспресс-анализатор уровня холестерина в крови портативный	1	1	1

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения) ФАП	Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н	Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)	Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)
38	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни	1	0,5	0,5
39	Весы напольные для взрослых	1	2	3
40	Весы для детей до 1 года	1	2	3
41	Дыхательный аппарат ручной (мешок Амбу)	1	1	1
42	Стетоскоп акушерский	1	1	1
43	Холодильник для хранения лекарственных препаратов	1	4	4
44	Ростомер	1	2	2
45	Сантиметровая лента	1	0,5	0,5
46	Пульсоксиметр портативный	1	3	3
47	Спирометр (портативный с одноразовыми мундштуками)	1	1	1
48	Набор для проведения коникотомии одноразовый	1	0,5	0,5
49	Емкости для дезинфекции инструментов и расходных материалов	1	1	1
50	Емкости для сбора бытовых и медицинских отходов	1	1	1
51	Аптечка экстренной профилактики парентеральных инфекций	1	1,5	1,5
52	Укладка для оказания помощи при остром коронарном синдроме	1	3	3,5
53	Укладка для оказания помощи при остром нарушении мозгового кровообращения	1	3	3,5
54	Укладка для оказания помощи при желудочно-кишечном (внутреннем) кровотечении	1	3	3
55	Укладка с педикулоцидными средствами	2	1	1
56	Укладка экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи	1	2	2
57	Укладка универсальная для забора материалов от людей и из объектов окружающей среды для исследования на инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих	1	0,5	0,5
58	Тонометр трансальбебральный для измерения внутриглазного давления	1	2	2
59	Аппарат для измерения артериального давления	1	4	4
60	Светильник медицинский передвижной (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки)	не менее 1	1	0

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения) ФАП	Требуемое количество (шт.) в соответствии со стандартом оснащения ФАПа согласно Приказа МЗ РФ от 15.05.2012 № 543н	Баллы ФАП при рекомендуемом наличии должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)	Баллы ФАП без рекомендуемых должностей врача акушера- гинеколога (акушерки)
61	Набор гинекологических инструментов (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки)	не менее 1	1	0
62	Кольпоскоп (предусматривается для ФАПа при наличии должности акушерки)	не менее 1	1	0
	ИТОГО	х	100	100

*Требуемое количество определяется исходя из количества кабинетов фельдшера (акушерки, мед.сестры), функционирующих в составе ФАПа.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left(\frac{\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта;

$OC_{\text{ФАПнг}}^j$ размер средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта с начала года;

$\text{ФРО}_{\text{ФАП}}^j$ размер финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, рассчитанный на основании размеров финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);

$n_{\text{мес}}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

2.1.15. Оплата **стоматологической помощи** производится за посещение с профилактической или неотложной целью, или обращение по заболеванию по стоимости условных единиц трудоемкости (УЕТ) и включает расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс на основе стандартов оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и т.д.).

При пересчете УЕТ в посещения применяется переводной коэффициент – 4,2. С целью унификации ведения учета стоматологической помощи, формирования реестров на оплату используется 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 № 19 к Соглашению).

Оказание первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи должно быть основано на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 1-го, 2-х, 3-х зубов) за одно посещение. Законченный случай обращения по заболеванию учитывается одной записью с указанием в разделе услуг дат визита пациента и кодов проведенных услуг с количеством УЕТ, но не более 20 УЕТ на один законченный случай. Обращения по заболеванию более 11 УЕТ подлежат экспертизе.

2.1.16. При оплате медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (Приложения к Соглашению № 8, № 9, №10, №11, №12).

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

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

2.1.19. Оказание медицинской помощи пациентам с применением телемедицинских технологий в виде консультации при дистанционном

взаимодействии медицинских работников между собой предусматривает применение действующих тарифов в рамках, утвержденных медицинским организациям объемов оказания медицинской помощи (консультативных посещений или посещений, финансируемых по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, по реестрам) с присвоением соответствующего кода.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий:

ГБУЗ РБ Белебеевская ЦРБ
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ
ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ
ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа
ГБУЗ РБ ГБ №1 г.Октябрьский
ГБУЗ РБ ГБ г.Кумертау
ГБУЗ РБ ГБ г.Нефтекамск
ГБУЗ РБ ГKB № 1 г. Стерлитамак
ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай
ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГKB № 13 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГKB № 18 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГKB № 21 г.Уфа
ГБУЗ РБ Родильный дом № 3 г. Уфа.
ГБУЗ РБ Дюртюлинская ЦРБ
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
ГБУЗ РКВД № 1
ГБУЗ РКИБ
ГБУЗ РКГВВ
ГБУЗ РКЦ
ГАУЗ РКОД
ГБУЗ РМГЦ
Уф НИИ ГБ АН РБ
ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова
ГБУЗ РДКБ
ГБУЗ РКПЦ
ГБУЗ РВФД

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в стационарных условиях.

Финансовое обеспечение медицинской помощи в **стационарных условиях**, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2021 год осуществляется:

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

- 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.

Первичный диагноз может быть любой, который является основным поводом для госпитализации и (или) проведения соответствующего хирургического вмешательства.

Коды МКБ 10, одинаковые по трем первым знакам, могут попадать в разные КСГ в зависимости от знака после точки, ввод трехзначных кодов не допускается. Необходимо использовать полный код диагноза, включая все знаки после точки, в том числе пятый знак подрубрики при дополнительной характеристике состояния. При использовании дополнительных кодов МКБ-10 в качестве основного диагноза при формировании КСГ, рекомендовано в сопутствующем диагнозе указывать код МКБ-10 основного заболевания.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, для которых Программой установлена средняя стоимость оказания медицинской помощи, в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.2.1. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ (СС_{кcg}) определяется по следующей формуле:

$$СС_{кcg} = БС * КЗ_{кcg} * ПК * КД, \text{ где}$$

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) определяется исходя из средней стоимости законченного случая, включенного в КСГ, без учета коэффициента дифференциации по Республике Башкортостан - 1,109 (приложение № 20 к Соглашению).

КЗ_{кcg} - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 21 к Соглашению).

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

КД- коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (приложение № 3 к Соглашению).

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

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

$ПК = КУ_{КСГ} * КУ_{Смо} * КСЛП$, где

КУ_{КСГ} - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, является единым для всех уровней оказания МП.

КУ_{Смо} - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи структурных подразделений медицинской организации, в которой был пролечен пациент (Приложение № 22-к Соглашению).

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням оказания медицинской помощи на 2021 год (Приложение № 23 - к Соглашению).

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

2.2.2. Группы, к которым не применяются понижающие и повышающие КУ_{КСГ}, приведены в Инструкции по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, (далее Инструкция).

2.2.3. Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, считается нецелесообразным. Перечень КСГ, для которых коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи не применяется, приведен в Инструкции.

2.2.4. КСЛП применяется при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

- в случаях сложности лечения пациента, связанных с возрастом (лица старше 75 лет) - в размере 1,05 (кроме КСГ относящихся к профилю «Гериатрия»). Лечение по профилю «Гериатрия» КСГ st38.001 «Старческая астения» производится только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию.

- при проведении однотипных операций на парных органах и сочетанных хирургических вмешательств по профилю «офтальмология» в размере 1,2 в следующих случаях:

Однотипные операции на парных органах:

код операции	наименование	код КСГ	наименование
A16.26.075.001	Склеропластика с использованием трансплантатов	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
A16.26.093.002	Факоэмульсификация имплантацией интраокулярной линзы	st21.005	Операции на органе зрения (уровень 5)
A16.26.094	Имплантация интраокулярной линзы	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
A22.26.004	Лазерная корепраксия, дисцизия задней капсулы хрусталика	st21.001	Операции на органе зрения (уровень 1)
A22.26.010	Пантеринальная лазерная коагуляция	st21.003	Операции на органе зрения (уровень 3)
Сочетанные хирургические вмешательства:			
A16.26.093	Операция 1. Факоэмульсификация без интраокулярной линзы. Факофрагментация, факоаспирация	st21.004	Операции на органе зрения (уровень 4)
A16.26.146	Операция 2. Реконструкция угла передней камеры глаза		

- при проведении однотипных операций на парных органах по профилю «офтальмология» в размере 1,5 в следующих случаях:

код операции	наименование	код КСГ	наименование
A16.26.079	Реваскуляризация заднего сегмента глаза	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)
A16.26.147	Ретросклеропломбирование	st21.002	Операции на органе зрения (уровень 2)

2.2.5. В составе КСГ st17.004 «Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных» выделить подгруппы:

- st17.004.1 «Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных» (коды МКБ10: P51-P54) с коэффициентом относительной затратоемкости – 6,0.

- st17.004.2 «Гемолитические и гемолитические нарушения у новорожденных» (коды МКБ10: P55 – P61) с коэффициентом относительной затратоемкости - 1,72.

2.2.6. В составе КСГ st 25.012 «Операции на сосудах (уровень 5)» выделить подгруппы:

- st25.012.1 Операции на сосудах (уровень 5) - эндоваскулярные вмешательства на сосудах с коэффициентом относительной затратоемкости – 5,99;

- st25.012.2 Операции на сосудах (уровень 5) – эндоваскулярная трансартериальная тромбоэкстракция (код медицинской услуги - А 16.23.034.013) с коэффициентом относительной затратоемкости - 9,79.

2.2.7. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в круглосуточном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи по основному заболеванию в регламентируемые сроки (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, лабораторные, в том числе прижизненные гистологические и цитологические исследования, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру и т.д. (за исключением диализа и стоматологии)).

2.2.8. Оплата прерванных случаев лечения

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи: 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в Инструкции.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в Инструкции.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров, а также в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При летальном исходе и длительности госпитализации более 3-х дней: при выполнении хирургического вмешательства, тромболитической терапии, либо другого вмешательства, определяющего отнесение случая к КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ; в остальных случаях оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях

В случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Особенности оплаты прерванных случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

2.2.9. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

= проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности или в отделение сестринского ухода в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

Оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия.

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери.

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери.

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами (за исключением случаев, представленных в Инструкции).

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

2.2.10. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю **«Акушерство и гинекология»**, предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления на оплату по КСГ профиля «Неонатология».

2.2.11. Реанимационные КСГ.

Отнесение к КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» осуществляется соответственно по следующим кодам услуг Номенклатуры:

Код услуги	Наименование услуги
A16.20.078	Реинфузия крови для аутологичной трансфузии (с использованием аппарата cell-saver)
A16.12.030	Баллонная внутриаортальная контрпульсация
A16.10.021.001	Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Оплата случаев лечения с применением данных медицинских услуг с 2021 года осуществляется по двум КСГ – по сочетанию КСГ для оплаты лечения основного заболевания, являющегося поводом для госпитализации, и одной из вышеуказанных КСГ. При этом КСГ st36.009, st36.010, st36.011 подаются на оплату только в специально зарегистрированном для них отделении реанимации:

- в ГБУЗ РКЦ по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.010 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация», КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

- в ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови», КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация».

- ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ по КСГ st36.009 «Реинфузия аутокрови»;

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции», и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

1. Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

2. Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности. Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA в наиболее критическом за период госпитализации состоянии пациента.

Градации оценок по шкале SOFA приведены в Инструкции.

Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего **непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.**

2.2.12. Оплата случаев лечения по профилю «Онкология»

Средние коэффициенты относительной затратоемкости КПП «Онкология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология» и специализированной медицинской помощи, включенной в КПП «Детская онкология».

При расчете стоимости случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ 10 и схемы лекарственной терапии.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

2.2.12.1. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях круглосуточного стационара.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$CC_{\text{КСГ/КПГ}} = BC \times KZ_{\text{КСГ/КПГ}} \times ((1 - D_{3п}) + D_{3п} \times PK \times KD)$, где:

- BC размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
- $KZ_{\text{КСГ/КПГ}}$ коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 21 к Соглашению);
- $D_{3п}$ доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);
- PK поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
- KD коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. (приложение № 3 к Соглашению).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
Круглосуточный стационар		
st19.062	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	50,51%
st19.063	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	39,68%
st19.064	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	23,68%
st19.065	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	16,19%
st19.066	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	22,80%
st19.067	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	21,32%
st19.068	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	17,54%
st19.069	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	20,55%
st19.070	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)	31,40%
st19.071	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)	7,19%
st19.072	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 11)	1,89%
st19.073	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 12)	2,44%
st19.074	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)	0,73%
st19.094	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)	71,77%
st19.095	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 2)	71,77%
st19.096	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 3)	71,77%

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
st19.097	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 1)	34,55%
st19.098	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 2)	46,64%
st19.099	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (за исключением отдельных препаратов), взрослые (уровень 3)	53,90%
st19.100	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 1)	13,18%
st19.101	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 2)	22,12%
st19.102	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 3)	28,24%

2.2.13. Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях круглосуточного стационара осуществляется за законченный случай по установленным нормативам финансовых затрат в пределах объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по видам ВМП без учета коэффициента уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 24 к Соглашению).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

2.1.14. В целях приведения стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара к финансовому нормативу Программы государственных гарантий применять понижающий управленческий коэффициент - 0,8 ко всем КСГ, за исключением:

КСГ профилей «Онкология», «Детская онкология», «Медицинская реабилитация»,

КСГ st13.002 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)»,

КСГ st13.005 «Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)»,
КСГ st13.007 «Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)»,
КСГ st13.008 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1)»,
КСГ st13.009 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2)»,
КСГ st13.010 «Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3)»,
КСГ st15.015 «Инфаркт мозга (уровень 2)»,
КСГ st15.016 «Инфаркт мозга (уровень 3)»,
КСГ st17.001 «Малая масса тела при рождении, недоношенность»,
КСГ st17.002 «Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость»,
КСГ st17.003 «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций».

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в условиях дневного стационара.

Финансовое обеспечение медицинской помощи в условиях дневного стационара, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2021 год осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ);
- 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.

2.3.1. Стоимость одного случая госпитализации в условиях дневного стационара по КСГ (СС_{кcg}) определяется по следующей формуле:

$СС_{кcg} = БС * КЗ_{кcg} * ПК * КД$, где

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) определяется исходя из средней стоимости законченного случая, включенного в КСГ, без учета коэффициента дифференциации по Республике Башкортостан - 1,109 (приложение № 20 к Соглашению).

КЗ_{кcg} - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 25 к Соглашению).

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

КД- коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 (приложение № 3 к Соглашению).

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

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

$ПК = КУ_{КСГ} * КУ_{Смо} * КСЛП$, где

КУ_{КСГ} - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, является единым для всех уровней оказания МП.

КУ_{Смо} - коэффициент уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

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

2.3.2. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи для КСГ в условиях дневного стационара для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, равен 1,0; для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" - коэффициент равен 1,20.

2.3.3. Оплата прерванных случаев лечения

К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся случаи: 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.

К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Перечень групп, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения, представлен в Инструкции.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию представлен в Инструкции.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационаров, а также в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При летальном исходе и длительности госпитализации более 3-х дней: при выполнении хирургического лечения, тромболитической терапии, либо другого вмешательства, определяющего отнесение случая к КСГ, случай оплачивается в размере 100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ; в остальных случаях оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз МКБ 10).

2.3.4. Проведение противовирусной терапии больных хроническими гепатитами в условиях дневного стационара предусмотрено только для ГБУЗ РКИБ по КСГ ds12.011 в рамках финансовых средств 2021года.

2.3.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «лучевая терапия» в условиях дневного стационара:

ГАУЗ РКОД МЗ РБ

ГБУЗ РБ ГКБ № 1 г. Стерлитамак

2.3.6. Стоимость законченного случая лечения по КСГ в дневном стационаре включает в себя расходы в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи по основному заболеванию в регламентируемые сроки (в том числе оперативные пособия, все виды анестезии, лабораторные, в том числе прижизненные гистологические и цитологические исследования, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру и т.д. (за исключением диализа и стоматологии)).

2.3.7. Проведение экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара застрахованным лицам проводится в рамках специализированной помощи.

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds 02.008-ds 02.011.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется

Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2024 год, составляет 138 323,91руб., что соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

2.3.8. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых в условиях дневного стационара.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ/КПГ} = БС \times КЗ_{КСГ/КПГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times ПК \times КД), \text{ где:}$$

БС	размер средней стоимости законченного случая лечения без учета коэффициента дифференциации (базовая ставка), рублей;
$КЗ_{КСГ/КПГ}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ или КПГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 25 к Соглашению)
$Д_{ЗП}$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД);
ПК	поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (интегрированный коэффициент, рассчитываемый на региональном уровне);
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. (приложение № 3 к Соглашению).

№ КСГ	Наименование КСГ	Доля
	препаратов), взрослые (уровень 2)	
ds19.077	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 3)	5,68%
ds19.078	ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением моноклональных антител, ингиб. протеинкиназы, ингиб. протеасом, иммуномодулятов, ингиб. контрольных точек (по перечню отдельных препаратов), взрослые (уровень 4)	8,41%

2.3.9. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай по установленным нормативам финансовых затрат в пределах объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по видам ВМП без учета коэффициента уровня оказания медицинской помощи (группы ВМП 23, 24) (Приложение № 24 к Соглашению).

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень). В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

2.3.10. В целях приведения стоимости медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара к финансовому нормативу Программы государственных гарантий применять понижающий управленческий коэффициент - 0,8 ко всем КСГ, за исключением КСГ профилей «Онкология», «Детская онкология» и КСГ для случаев проведения экстракорпорального оплодотворения.

2.4. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация».

2.4.1. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» за законченный случай в утвержденных объемах на основе клинико-статистических групп болезней.

Для КСГ №№ st37.001-st37.013, st37.022-st37.024 – в стационарных условиях и для КСГ №№ ds37.001-ds37.008, ds37.016-ds37.017 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента

служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной приказами Министерства здравоохранения Республики Башкортостан. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ.

Градации оценки и описание ШРМ приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

2.4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию в стационарных условиях:

ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова
ГБУЗ РКЦ
ГБУЗ РДКБ
ГБУЗ РКГВВ
ГБУЗ РБ БСМП г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 10 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГБ № 13 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа
ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ
ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск
ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский
ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай
ГБУЗ РБ ГБ № 2 г. Стерлитамак.
ГБУЗ РБ Учалинская ЦГБ

Случаи лечения в стационарных условиях по профилю «медицинская реабилитация» сроком менее 14 дней, подлежат экспертизе.

Срок госпитализации для 2 этапа кардиореабилитации должен определяться коллегиально специалистами мультидисциплинарной бригады.

2.4.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара:

ГАУЗ РБ «Санаторий для детей НУР г. Стерлитамак»

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 3 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 4 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 5 г. Уфа

ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 6 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ Демского района г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 10 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ №1 г. Октябрьский

ГБУЗ РБ Туймазинская ЦРБ

ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ

ГБУЗ РБ ЦГБ г.Сибай

ЧУЗ «КБ «РЖД - Медицина» г. Уфа»

ГБУЗ РДКБ

ГБУЗ РКГВВ

ГБУЗ РВФД

2.5. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа.

2.5.1. Оказание медицинской помощи с применением методов диализа носит пожизненный характер проводимого лечения и для оплаты медицинской помощи при проведении диализа, включающего различные методы, оказываемые в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, применяется способ оплаты медицинской помощи за услугу.

Учитывая единственный, законодательно установленный, способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - законченный случай лечения заболевания, пожизненный характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования за единицу объема в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях принимается один месяц лечения(в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14

сеансов экстракорпорального гемодиализа в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца), в стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Превышение стандарта проведения заместительной почечной терапии по медицинским показаниям по законченному случаю более 14 процедур гемодиализа принимать к оплате в каждом конкретном случае по письменному заключению главного внештатного специалиста после проведенной ведомственной экспертизы.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата осуществляется:

В амбулаторных условиях:

- за услугу диализа.

В условиях дневного стационара:

- за услугу диализа;

- за услугу диализа в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание;

- за услугу диализа в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В стационарных условиях:

- за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации;

- за услугу диализа только в сочетании со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется соответственно в условиях круглосуточного или дневного стационара, подается отдельным реестром в отделениях гемодиализа и перитонеального диализа с профилем КПП 0 «Диализ» и оплачивается за фактические услуги заместительной почечной терапии дополнительно к оплате законченного случая лечения по основной КСГ в утвержденных объемах.

Случай оказания медицинской помощи проведения услуг диализа в отделениях гемодиализа и перитонеального диализа, предъявленный к оплате с профилем КПП 0 «Диализ» в условиях дневного стационара одной медицинской организацией, подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи в другой медицинской организации по основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации в дневной или круглосуточный стационар.

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

При оказании медицинской помощи с услугами диализа в АПУ пациентам с хронической почечной недостаточностью в одной медицинской организации допускается пересечение сроков со сроками оказания медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара другой медицинской организацией (за исключением КСГ профиля «нефрология»).

В случае оказания медицинской помощи с применением диализа в амбулаторных условиях, обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

Согласно клиническим рекомендациям по нефрологии в рамках плановой подготовки пациента к программному гемодиализу формируется первичная нативная артериовенозная фистула. Формирование артериовенозной фистулы оптимально на додиализной стадии.

Таким образом, выполнение объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ ds18.003 «Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа» могут приниматься на оплату без подтверждения процедурами гемодиализа.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по КСГ ds18.003 Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа в условиях дневного стационара:

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова
ГБУЗ РБ Чишминская ЦРБ
ООО "Лаборатория Гемодиализа"
ООО "Медсервис" г. Салават

2.5.2. Учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Тарифы на услуги по методам диализа представлены в Приложении № 26 к Соглашению.

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

Применение поправочных коэффициентов к стоимости услуг недопустимо.

Проезд пациентов до места оказания услуг диализа не включен в тариф и не подлежит оплате за счет средств ОМС.

Оплата за оказанные услуги диализа пациентам с хронической почечной недостаточностью, проживающих на территории Республики Башкортостан, осуществляется только при наличии данных пациентов в Региональном регистре больных с нефрологическими заболеваниями (ХБП С5д) в ГИС «РМИАС».

2.5.3. **При наличии полиорганной недостаточности непочечного генеза** (сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротеинемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний) при нижеперечисленных КСГ

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Код профиля	Профиль
st02.006	Послеродовой сепсис	3,21	2	Акушерство и гинекология
st04.006	Панкреатит с синдромом органной дисфункции	4,19	4	Гастроэнтерология
st12.006	Сепсис, дети	4,51	12	Инфекционные

				болезни
st12.007	Сепсис с синдромом органной дисфункции	7,2	12	Инфекционные болезни
st27.013	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции	4,07	27	Терапия
st29.007	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	7,07	29	Травматология и ортопедия
st32.007	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12	32	Хирургия (абдоминальная)
st33.008	Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции	14,07	33	Хирургия (комбустиология)

по показаниям возможно выполнение следующих услуг диализа:

A18.05.003.001 Гемофильтрация крови продленная;

A18.05.006.001 Селективная гемосорбция липополисахаридов.

При вышеперечисленных КСГ оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется **только в условиях круглосуточного стационара**, услуги диализа подаются отдельным реестром в отделениях фильтрации с профилем КСГ 0 «Диализ» и оплачивается за фактические медицинские услуги диализа в рамках одного законченного случая лечения в утвержденных объемах **в следующих МО, где имеются аппараты для проведения гемофильтрации:**

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

ГБУЗ РКЦ

ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ №18 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа

ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск.

ГБУЗ ГКБ № 1 г. Стерлитамак

ГБУЗ РКИБ

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

Оплата 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), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

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

Дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той группы медицинских организаций (приложение № 27 к Соглашению) умножается на численность застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания станцией скорой

медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации.

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

$$ДП_{Hi} = П_{БАЗ} * СК_{Динт_i}, \text{ где:}$$

ДП_{Hi} - дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для *i*-той группы медицинских организаций;

П_{БАЗ} – базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации;

СК_{Динт}- средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, определенный для *i*-той группы медицинских организаций.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи определяется исходя из среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации для Республики Башкортостан - 1,109 (приложение № 3 к Соглашению).

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

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для *i*-той группы медицинских организаций (приложение № 27 к Соглашению), рассчитывается в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с учетом применения коэффициента дифференциации половозрастных затрат (приложение № 6 к Соглашению) и районного коэффициента к заработной плате и процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (приложение № 3 к Соглашению).

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

Объем ежемесячного финансирования медицинской организации определяется СМО исходя из размера, дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи для *i*-той группы

медицинских организаций (приложение № 27 к Соглашению) и среднемесячной численности застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания, по следующей формуле:

$V_{\text{мфмо}} = \text{ДПн}_i * Ч$, где:

$V_{\text{мфмо}}$ – объем месячного финансирования медицинской организации;

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

$Ч$ – среднемесячная численность застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания.

Расчет среднемесячной численности застрахованного населения, прикрепленного в соответствии с зонами обслуживания, осуществляется на основании сведений, предоставляемых медицинскими организациями в установленном порядке.

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в установленном порядке. В реестры счетов на оплату медицинской помощи включаются все вызовы скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании скорой медицинской помощи включаются расходы медицинских организаций по оплате медицинской помощи, оказываемой линейными врачебными и линейными фельдшерскими бригадами.

Оплата выполненных специализированных вызовов (неврологических, реанимационных, кардиологических) и вызовов с применением тромболитического препарата осуществляется по стоимости вызова.

При оплате вызовов с применением тромболитического препарата к стоимости соответствующего вызова (врачебного или фельдшерского) добавляется стоимость примененного тромболитического препарата (Приложение № 28 к Соглашению).

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

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

2.6.4. Расчет за скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой помощи), оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого был выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется за выполненный вызов в зависимости от профиля бригады на основе персонифицированных реестров счетов скорой медицинской помощи (Приложение № 28 к Соглашению).

2.7. Способы оплаты медицинской помощи сверх базовой части Программы ОМС.

Оплата медицинской помощи сверх базовой части Программы ОМС осуществляется в рамках утвержденных объемов за счет и в пределах межбюджетных трансфертов, переданных бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан из бюджета Республики Башкортостан, по персонифицированным реестрам счетов.

2.7.1. Оплата медицинской реабилитации (долечивания) работающих граждан в условиях санаторно-курортных организаций непосредственно после стационарного лечения осуществляется за законченный случай лечения из расчета длительности реабилитации (долечивания) в одном случае 14 дней.

При преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения оплата медицинской реабилитации (долечивания) осуществляется по фактическим койко-дням.

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

Тарифы медицинской помощи в рамках реализации сверх базовой части программы ОМС на 2021 год представлены в Приложении № 29 к Соглашению.

2.8. Оплата медицинской помощи в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов.

Межучрежденческие расчеты могут осуществляться медицинскими организациями (на основании заключенных между ними договоров) и страховыми медицинскими организациями в соответствии с тарифным соглашением.

В случае если взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями составляется реестр счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай) с

указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, уменьшается на объем средств, перечисленных за выполнение исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ или КППГ.

Тарифы на лабораторные услуги, применяемые, в том числе для централизованных лабораторий и рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов представлены приложением № 30 к Соглашению.

Взаиморасчеты между медицинскими организациями при оказании лабораторных услуг централизованной лабораторией осуществляются страховыми медицинскими организациями.

В случае если взаиморасчеты осуществляются медицинскими организациями на основании гражданско-правовых договоров, тарифы устанавливаются исходя из условий соответствующих договоров.

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

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

1) коэффициент первого уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) первичную медико-санитарную помощь и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров;

3) коэффициент третьего уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.2. Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Башкортостан на 2021 год, рассчитанные в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 учитывающий районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, в том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований устанавливаются приложением № 4 к Соглашению.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи в сфере ОМС рассчитываются в соответствии с территориальными нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленного Законом Республики Башкортостан от 22.12.2020 года № 352-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

3.4. 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.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сформированы в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

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

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

3.6. Финансирование расходов, включенных в структуру тарифа, при невыполнении МО объемов медицинской помощи, определенных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан, не является обязательством страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан.

Не является обязательством страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан оплата медицинской помощи, предоставленной сверх объемов, утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан.

3.7. Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между МО установлена в приложении № 30 «Стоимость

лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС».

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

3.9. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо (численность застрахованного населения на основании данных регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 01.01.2020 года - 4 001 351 человек) в части базовой программы обязательного медицинского страхования (подушевой норматив финансирования медицинской помощи), за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан на 2021 год, составляет:

- в амбулаторных условиях – 5 222,21 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях 20 895 903,719 тыс. руб.;

- в стационарных условиях – 6 303,18 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях 25 221 251,215 тыс.руб. (с учетом высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской реабилитации);

- в условиях дневного стационара – 1 466,21 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара 5 866 831,007 тыс. руб.;

- вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи – 857,55 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 3 431 360,699 тыс. руб.

IV. Неоплата или неполная оплата, а также уплата медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам контроля, объемов сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4.1. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан и страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Приказом

Федерального фонда от 28 февраля 2019 года № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.2. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи определяется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

4.4. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: $C = H + C_{шт}$, где:

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

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

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле: $H = РТ \times Кно$, где:

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

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов (Приложение № 32 к Соглашению).

В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены (пункт 4.6.1 Перечня оснований), страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.

4.5. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times Кшт,$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$\text{Сшт} = \text{РПА базовый} \times \text{Кшт}$, где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением Республики Башкортостан на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

На 2021 год РПА базовый составляет – 2 062,07 руб. ($154,95 \times 1,109 \times 12$)

Кшт- коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов.

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$\text{Сшт} = \text{РПСМП базовый} \times \text{Кшт}$, где:

РПСМП базовый - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением Республики Башкортостан на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

На 2021 год РПСМП базовый составляет – 784,37 руб. ($58,94 \times 1,109 \times 12$)

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$\text{Сшт} = \text{РПст} \times \text{Кшт}$, где:

РПст - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

На 2021 год РПст. составляет – 6 651,96 руб.

РПдн.ст. составляет – 1 505,33 руб.

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

V. Заключительные положения.

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

5.1.1. Порядок приема реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан осуществляется в соответствии с приказом

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

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

5.2. Формирование реестров пролеченных больных в стационарных условиях и условиях дневного стационара медицинскими организациями осуществляется строго в соответствии с объемами в разрезе КСГ, доведенными Министерством здравоохранения Республики Башкортостан до медицинских организаций на 2021 год.

5.3. По результатам деятельности круглосуточного и дневного стационаров медицинских организаций ТФОМС РБ проводится анализ сформированных реестров для оплаты за текущий месяц. Исходя из финансовой возможности и с учетом проведенного ТФОМС РБ анализа сформированных реестров на оплату, Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан может устанавливать поправочные коэффициенты.

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

5.5. Неотъемлемой частью Соглашения являются:

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2021 год (Приложение № 1 к Соглашению);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепленное население, по уровням оказания медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2021 год (Приложение № 2 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для медицинских организаций Республики Башкортостан на 2021 год, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (Приложение № 3 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 4 к Соглашению);

Коэффициент уровня оказания амбулаторной медицинской помощи, по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 5 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации с учетом половозрастных затрат на 2021 год (Приложение № 6 к Соглашению);

Распределение медицинских организаций по группам с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда на 2021 год (Приложение № 7 к Соглашению);

Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими иными целями по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 8 к Соглашению);

Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 9 к Соглашению);

Стоимость одного обращения для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемых в связи с заболеваниями по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 10 к Соглашению);

Стоимость отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых установлены отдельные нормативы программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 11 к Соглашению);

Стоимость лечебно-диагностических услуг по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 12 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 13 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации или оставшихся без попечения родителей, пребывающих в стационарных учреждениях или принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, по состоянию на 01.01.2021 года. (Приложение № 14 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров определенных групп взрослого населения на 01.01.2021 года (Приложение № 15 к Соглашению);

Стоимость 1 комплексного посещения при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 16 к Соглашению);

Финансовый размер обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов, при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в среднем на 2021 год (Приложение № 17 к Соглашению);

Перечень фельдшерских, фельдшерско - акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения на 2021 год (Приложение № 18 к Соглашению).

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 № 19 к Соглашению);

Базовая ставка финансового обеспечения специализированной медицинской помощи по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 20 к Соглашению);

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской помощи (КПГ) и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях) в 2021 году (Приложение № 21 к Соглашению);

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 22 к Соглашению);

Распределение структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, по уровням оказания медицинской помощи на 2021 год (Приложение № 23 к Соглашению);

Перечень и стоимость законченных случаев по профилю высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2021 году (Приложение № 24 к Соглашению);

Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской помощи и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара) в 2021 году (Приложение № 25 к Соглашению);

Тариф и структура тарифов на услуги гемодиализа и перитониального диализа по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 26 к Соглашению);

Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на прикрепившихся, в соответствии с зонами обслуживания лиц, по состоянию на 01.01. 2021 года (Приложение № 27 к Соглашению);

Стоимость одного выполненного вызова бригады скорой медицинской помощи в зависимости от профиля по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 28 к Соглашению);

Тарифы медицинской помощи в рамках реализации сверх базовой части программы ОМС на 2021 год (Приложение № 29 к Соглашению);

Стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС по состоянию на 01.01.2021 года (Приложение № 30 к Соглашению);

Перечень оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества и мер, применяемых по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе размеры неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи и штрафов (Приложение № 31 к Соглашению);

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций (Приложение № 32 к Соглашению);

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

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Соглашение.

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

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

5.7. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2021 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство здравоохранения
Республики Башкортостан:
Министр

М.В. Забелин

Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования
Республики Башкортостан:
Директор

Ю.А. Кофанова

Республиканская организация
Башкортостана профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации:
Председатель

Р.М. Халфин

Национальная медицинская палата
Республики Башкортостан
Президент

Д.Ш. Сабирзянова

Страховые медицинские организации:

Директор Уфимского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»»

Д.Т. Фарахова

Директор Уфимского филиала ООО
«СМК РЕСО-Мед»

Р.М. Юсупова