

**Тарифное соглашение
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Республики Башкортостан
на 2018 год**

г. Уфа

20 декабря 2017г.

I. Общие положения

1.1. Настоящее тарифное соглашение (далее Соглашение) по реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан на 2018 год (далее Программа ОМС) разработано в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

- Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 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 05 декабря 2017 года № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

- Закон Республики Башкортостан от 30 ноября 2017 года № 550-з «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

- постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2016 года № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

- постановление Правительства Республики Башкортостан «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

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

- информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 декабря 2017 года № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

- «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21 ноября 2017 года №11-7/10/2 – 8080 /13572/26-2/и;

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (в действующей редакции);

- приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (в действующей редакции);

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

Соглашение заключено между:

- Министерством здравоохранения Республики Башкортостан в лице министра здравоохранения Республики Башкортостан Бакирова Анвара Акрамовича;

- Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в лице директора Меньшикова Алексея Михайловича;

- Республиканской организацией Башкортостана профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Зырянова Павла Николаевича;

- Региональным отделением по Республике Башкортостан Общероссийской общественной организации «Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья» в лице председателя Нагаева Рината Явдатовича;

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

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

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

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

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

II. Способы оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2018 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.

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

- посещение;
- обращение по поводу заболевания;
- лечебно-диагностическая услуга.

2.1.1.1. К посещениям относятся:

- а) посещения с профилактической целью, в том числе:
 - центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
 - в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в связи с патронажем;

- б) посещения с иными целями, в том числе:

- в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

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

- разовые посещения в связи с заболеванием, в том числе при оказании медицинской помощи в неотложной форме. Оказание неотложной медицинской помощи осуществляется врачами-специалистами и медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием.

2.1.1.2. Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (от 2,6 до 3,2), когда цель обращения достигнута.

Обращение как законченный случай по поводу заболевания складывается из первичных и повторных посещений.

Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

При оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в законченный случай обращения по заболеванию входит максимальная санация полости рта и зубов (лечение 1-го, 2-х, 3-х зубов) в одно или несколько посещений. Законченный случай обращения по заболеванию учитывается одной записью без числа посещений, но не более 18 УЕТ на один законченный случай. Обращения по заболеванию более 10 УЕТ подлежат экспертизе.

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

2.1.1.4. Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает посещения:

- врачей амбулаторно-поликлинических учреждений;

- врачей и медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений;

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

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

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;
- обратившихся граждан для динамического наблюдения по рекомендации врача Центра здоровья.

2.1.3. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансеризация и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан, порядок проведения которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приложения к Соглашению № 6, 7, 8, 9).

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

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Финансирование по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц осуществляется по следующим специальностям:

В части обращений в связи с заболеваниями	В части посещений с профилактической целью
Врач общей практики	Врач общей практики
Кардиология	Кардиология
Педиатрия	Педиатрия
в том числе педиатр участковый	в том числе педиатр участковый
Терапия	Терапия
в том числе терапевт участковый	в том числе терапевт участковый
Эндокринология	Эндокринология
Неврология	Неврология
Хирургия	Хирургия
Урология	Урология
Отоларингология	Отоларингология
Офтальмология	Офтальмология
Онкология	
Физиотерапия	

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

Посещение с профилактической целью (Приложение № 10 к Соглашению).

Посещение по неотложной медицинской помощи (Приложение № 11 к Соглашению).

Обращение по поводу заболевания (Приложение № 12 к Соглашению).

Лечебно-диагностическая услуга (Приложение № 13 к Соглашению).

При оказании стоматологической медицинской помощи применяется условная единица трудоемкости (далее УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения применяется переводной коэффициент – 3,9. 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 № 14 к Соглашению).

При оплате медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (Приложения к Соглашению № 10, 11, 12, 13).

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

Дифференцированный подушевой норматив на прикрепившихся застрахованных лиц для однородных групп медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (приложение № 15 к Соглашению), умножается на численность прикрепившихся лиц.

Распределение прикрепившихся застрахованных к медицинским организациям лиц по состоянию на 01.04.2017 года представлено Приложением № 4 к Соглашению.

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

$ДП_{ni} = ПнБАЗ * СКДИНТ_i$, где:

ДП_{ni} - дифференцированный подушевой норматив для однородных групп медицинских организаций;

ПнБАЗ – базовый (средний) подушевой норматив;

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

Базовый (средний) подушевой норматив рассчитывается исходя из 1/12 общей суммы средств, предназначенных на оказание медицинской помощи врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием (сумма определяется исходя из плановых годовых объемов оказания медицинской помощи по данным специальностям и их стоимости, утвержденной настоящим Тарифным соглашением) и численности прикрепившихся застрахованных по ОМС лиц.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для i-той группы медицинских организаций (приложение № 15 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 № 16 к Соглашению) и коэффициента дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов) (Приложение № 17 к Соглашению).

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

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

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

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

ДПн_i - дифференцированный подушевой норматив для однородных групп медицинских организаций;

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

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

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях врачами вышеуказанных специальностей и медицинскими работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием в установленном порядке.

При формировании учетно-отчетных форм в системе ОМС и реестров, предъявляемых к оплате, учет медицинской помощи, оказанной фельдшерами, акушерами (акушерками) и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущими самостоятельный прием в фельдшерско-акушерских пунктах, осуществляется в количестве посещений с профилактической целью и обращений по заболеванию.

При финансировании медицинской организации по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц **руководитель медицинской организации обязан обеспечить в полном объеме оказание медицинской помощи** вышеуказанными специалистами, а также необходимыми диагностическими исследованиями, в том

числе путем заключения договоров с другими медицинскими организациями на оказание врачебной консультативной помощи и диагностических услуг.

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

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

Финансовое обеспечение медицинской помощи в **стационарных условиях**, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2018 год осуществляется:

- за законченный случай преимущественно на основе клинико-статистических групп болезней (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.

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

$СС\ кпг/ккг = БС * КЗккг * ПК$, где

БС - размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), утвержден приложением № 18 к Соглашению.

КЗккг - коэффициент относительной затратноемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (приложение № 19 к Соглашению).

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

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

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

$ПК = КУккг * КУСмо * КСЛП$, где

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

КУСмо - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (Приложение № 21 к Соглашению).

Учитывая, что различия в затратах на оказание медицинской помощи учтены при расчете коэффициентов затратоемкости, применение коэффициента уровня оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по ряду КСГ, считается нецелесообразным. Перечень КСГ, для которых коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи не применяется, приведен в инструкции по группировке случаев, включающей, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев. Кроме того, не применяются коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях ко всем КСГ профиля «Медицинская реабилитация» (КПГ 37). **Исключение составляет медицинская организация, расположенная на территории закрытого административного территориального образования (ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России"), коэффициент уровня оказания медицинской помощи для которой применяется ко всем КСГ.**

Распределение медицинских организаций по уровням трехуровневой системы организации медицинской помощи осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 12.12.2017 года № 3197-Д «Об утверждении перечней медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан, в соответствии с уровнями трехуровневой системы организации медицинской помощи в Республике Башкортостан».

Коэффициент сложности лечения пациента (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 339 «Старческая астения» производится только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию.

2.2.2. Оплата прерванных, в том числе сверхкоротких случаев лечения

К сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно. Перечень групп, которые являются исключениями, представлен в Инструкции. При этом если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере 80% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ. Если хирургическое лечение, либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось, случай оплачивается в размере 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (основным классификационным критерием отнесения к КСГ в данных случаях является диагноз [МКБ 10](#)). Аналогичный подход применяется к оплате прерванных случаев при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, а также при проведении диагностических исследований.

При летальном исходе и длительности госпитализации более 3-х дней: при выполнении хирургического лечения, либо другого вмешательства, определяющего отнесение случая к КСГ, и 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).

При переводе пациента в пределах стационара из одного отделения в другое производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, за исключением случаев перевода, обусловленного возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс [МКБ 10](#) и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания.

При переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания, при которых длительность госпитализации составляет более 3 дней, подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением сверхкоротких случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами. При этом, если перевод из круглосуточного стационара в дневной производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, случай подлежит обязательной медико-экономической экспертизе, при необходимости экспертизе качества медицинской помощи.

Оплата по двум КСГ осуществляется также в ситуациях, когда пациенту по завершении лечения оказывается медицинская реабилитация в той же медицинской организации по диагнозу, по которому осуществлялось лечение.

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

2.2.3. 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 по профилю «Неонатология».**

2.2.4. 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 клинко-статистических групп болезней.

Для КСГ №№ 325 – 333 в стационарных условиях и для КСГ №№ 123 - 128 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ) При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях с оплатой по соответствующей КСГ.

При оценке 2-3 ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

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 заболевания 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.

Перечень медицинских организаций, оказывающих **медицинскую реабилитацию в стационарных условиях:**

- ГБУЗ РБ ГКБ № 5 г. Уфа
- ГБУЗ РБ ГКБ № 10 г. Уфа
- ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа
- ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа
- ГБУЗ РКБ имени Г.Г. Куватова
- ГБУЗ РКЦ
- ГБУЗ РДКБ
- ГБУЗ РКГВВ
- ГБУЗ РБ БСМП г. Уфа
- ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа
- ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

Медицинская реабилитация, оказываемая в условиях дневного стационара, в рамках территориальной программы ОМС на 2018 год предусмотрена только в ГБУЗ РДКБ и ГАУЗ РБ «Санаторий для детей Нур г. Стерлитамак».

2.2.5. Реанимационные КСГ.

Отнесение к КСГ 322 «Реинфузия аутокрови», КСГ 323 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» и КСГ 324 «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

Проведение данных процедур осуществляется в ГБУЗ РКЦ при выполнении высокотехнологичных операций

КСГ 322 «Реинфузия аутокрови» - 200 законченных случаев;

КСГ 323 «Баллонная внутриаортальная контрпульсация» - 50 законченных случаев;

КСГ 324 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» - 10 законченных случаев.

Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ 22 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ 62 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ 220 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ 299 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1».

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

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

Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5.

Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA 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.

Градации оценок по шкале SOFA приведены в Инструкции.

Отнесение к КСГ 321 «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.**

Перечень МО имеющих объемы по КСГ 321 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении»:

ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова – 16 законченных случаев;

ГБУЗ РКЦ – 10 законченных случаев;

ГБУЗ РБ БСМП г. Уфа - 60 законченных случаев;

ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфа – 30 законченных случаев;

ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфа – 5 законченных случаев;

ГБУЗ РБ ГКБ № 8 г. Уфа – 5 законченных случаев;

ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа – 10 законченных случаев;

ГБУЗ РБ ГКБ Дёмского района г.Уфы – 5 законченных случаев;

ГБУЗ РБ ГБ № 1 г. Октябрьский – 10 законченных случаев;

ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск – 10 законченных случаев;
ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ – 10 законченных случаев;
ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ – 10 законченных случаев;
ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау – 10 законченных случаев;
ГБУЗ РБ ЦГБ г. Сибай – 10 законченных случаев;
ГБУЗ РБ Месягутовкая ЦРБ – 10 законченных случаев;
ГБУЗ РБ КБ № 1 г. Стерлитамак – 10 законченных случаев.

2.2.6. Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – за законченный случай по установленным нормативам финансовых затрат в пределах объемов предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по видам ВМП без учета коэффициента уровня оказания медицинской помощи (Приложение № 22 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.

2.2.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется за законченный случай лечения по КСГ согласно Приложению № 20 к Соглашению в пределах утвержденных объемов.

Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, утверждена Приложением № 18 к Соглашению.

2.2.8. Расчет порогового значения числа законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа (Приложение № 18 к Соглашению).

2.2.9. 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.

2.2.10. В связи с утверждением базовой ставки дневного стационара менее 30% от норматива, установленного Программой применить управленческий коэффициент к КСГ в стоимости, которых значительную долю занимают расходы на лекарственные препараты и расходные материалы к следующим КСГ дневного стационара:

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)	Повышающий коэффициент	Понижающий коэффициент
5	Экстракорпоральное оплодотворение	1,36	
14	Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети	1,1	
15	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети	1,1	
16	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети	1,1	
24	Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3	1,1	
25	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 1)	1,1	
26	Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4 (уровень 2)	1,1	
38	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина	1,1	
43	Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ		0,79
52	Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые	1,1	
53	Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые	1,1	
54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)	1,1	
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)	1,1	
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)	1,1	
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)	1,1	
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)	1,1	
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)	1,1	
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)	1,1	
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)	1,1	

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)	Повышающий коэффициент	Понижающий коэффициент
63	Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы	1,1	
69	Замена речевого процессора	1,1	
117	Лечение кистозного фиброза с применением ингаляционной антибактериальной терапии	1,1	
118	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	1,1	
121	Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов	1,1	

В целях соблюдения принципа «бюджетной нейтральности» применить понижающий коэффициент к прочим КСГ дневного стационара в размере 0,98, **за исключением медицинской организации, расположенной на территории закрытого административного территориального образования (ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России")**.

2.2.11. Перечень КСГ дневного стационара, по которым целесообразно осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения.

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)
54	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)
55	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)
56	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)
57	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)
58	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)
59	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)
60	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)
61	Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)

2.2.12. Проведение противовирусной терапии больных хроническими гепатитами в условиях дневного стационара предусмотрено только для ГБУЗ РБ

ИКБ № 4 г. Уфа по КСГ 22, 24, 25 (продолжительность по фактической длительности лечения), 26 (КСГ 26- не более 60 законченных случаев на 2018 год).

2.2.13. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология» - лекарственная терапия в условиях дневного стационара:

ГБУЗ РКОД МЗ РБ
ГБУЗ РДКБ МЗ РБ
ГБУЗ РБ Бирская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГБ г. Кумертау
ГБУЗ РБ Месягутовская ЦРБ
ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск
ГБУЗ РБ ГБ г. Салават
ГБУЗ РБ Поликлиника № 1 г.Уфа
ГБУЗ РБ Поликлиника № 32 г.Уфа
ГБУЗ РБ Поликлиника № 43 г.Уфа
ГБУЗ РБ ГКБ № 18 г. Уфа
ГБУЗ РБ Поликлиника № 50 г.Уфа.

2.2.14. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «лучевая терапия»:

ГБУЗ РБ РДКБ МЗ РБ.

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

В рамках проведения процедуры ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

- 1 этап – стимуляция суперовуляции;
- 2 этап – получение яйцеклетки;
- 3 этап – экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
- 4 этап – внутриматочное введение (перенос) эмбрионов;

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации эмбрионов, полученных на III этапе криоконсервация эмбриона;

Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл) – услуга А11.20.017.005.

Стоимость одного законченного случая с учетом применения коэффициента сложности лечения пациента оплачивается следующим образом:

№ КСГ	Наименование КСГ (дневной стационар)	КЗ с применением КСЛП
5.1	Проведение первого этапа экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции) услуга А11.20.017.001 (1 этап) или услуга А11.20.017.010 (1 и 2 этап) или услуга А11.20.017.011 (1, 2 и 3 этап)	5,898
5.2	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов услуга А11.20.017.013 (все 4 этапа).	9,83
5.3	Полный цикл экстракорпорального оплодотворения с криоконсервацией эмбрионов** услуга А11.20.017.014 (4 этапа + криоконсервация)	10,813
5.4	Проведение I-III этапов экстракорпорального оплодотворения (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) с последующей криоконсервацией эмбрионов услуга А11.20.017.012 (1-3 этапы+криоконсервация эмбриона)	9,83
5.5	Размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (неполный цикл) услуга А11.20.017.005	1,8677
Код услуги – А11.20.017.001 (1 этап); Код услуги – А11.20.017.010 (1 и 2 этап); Код услуги – А11.20.017.011 (1, 2 и 3 этап); Код услуги – А11.20.017.012 (1-3 этапы + криоконсервация эмбриона) Код услуги – А11.20.017.013 (все 4 этапа); Код услуги – А11.20.017.014 (4 этапа + криоконсервация эмбриона); Код услуги – А11.20.017.005 (размораживание криоконсервированных эмбрионов.		

**В данный этап не входит осуществление размораживания криоконсервированных эмбрионов и перенос криоконсервированных эмбрионов в полость матки.

В случае, если женщина повторно проходит процедуру ЭКО с применением ранее криоконсервированных эмбрионов, случай госпитализации оплачивается по КСГ № 5.5.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

2.2.16. 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 устанавливает поправочные коэффициенты.

2.2.17. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа, в условиях дневного стационара – за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации.

При этом в период лечения, как в круглосуточном, так и в дневном стационаре, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений. В случае, если обеспечение лекарственными препаратами осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС), оказание медицинской помощи с применением диализа осуществляется в амбулаторных условиях.

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 принимается один месяц лечения (в среднем - не более 13 сеансов экстракорпорального гемодиализа, не более 30 дней обмена перитонеального диализа).

Превышение стандарта проведения заместительной почечной терапии по медицинским показаниям по законченному случаю более 13 процедур гемодиализа принимать к оплате в каждом конкретном случае по письменному заключению главного внештатного специалиста после проведенной ведомственной экспертизы.

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

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

Таким образом, выполнение объемов медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ 44 (Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа) могут приниматься на оплату без подтверждения процедурами гемодиализа.

При медицинской помощи по **основной** КСГ, являющейся поводом для госпитализации в круглосуточный или дневной стационар, 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 КСГ в утвержденных объемах.

Случай лечения с проведением процедур гемодиализа в условиях дневного стационара, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит к оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи в другой медицинской организации по КСГ для дневного или круглосуточного стационаров.

Случай лечения с проведением гемодиализа пациентам с хронической почечной недостаточностью в АПУ, предъявленный к оплате одной медицинской организацией, подлежит оплате, в том числе при пересечении сроков лечения случаев оказания медицинской помощи в каждой медицинской организации, в том числе в условиях дневного и круглосуточного стационара (за исключением КСГ профиля КПП «нефрология»)

Учитывая одинаковые затраты, абсолютная стоимость услуг диализа является одинаковой, независимо от условий его оказания. Тарифы на услуги по методам диализа представлены в Приложении № 23 к Соглашению.

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.

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

КСГ	Наименование КСГ	КЗ	Код профиля	Профиль
7	Послеродовой сепсис	3,21	2	Акушерство и гинекология
22	Панкреатит с синдромом органной дисфункции	4,19	4	Гастроэнтерология
61	Сепсис, дети	4,51	12	Инфекционные болезни
62	Сепсис с синдромом органной дисфункции	7,2	12	Инфекционные болезни
220	Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции	4,07	27	Терапия
233	Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)	7,07	29	Травматология и ортопедия
280	Панкреатит, хирургическое лечение	4,12	32	Хирургия (абдоминальная)
299	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 КПП 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 РДКБ
ГБУЗ РКЦ
ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа
ГБУЗ РБ ГБ г. Нефтекамск.

2.2.19. 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 2018 год.

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

2.3.1. 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.

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 № 24 к Соглашению) умножается на численность застрахованных прикрепившихся лиц.

Распределение застрахованного прикрепленного населения, обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации, по состоянию на 01.04.2017 года представлено Приложением № 5 к Соглашению.

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

$$ДП_{и} = П_{нБАЗ} * СК_{Динт_{и}}, \text{ где:}$$

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

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

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

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитан исходя из 1/12

общей суммы средств, предназначенных на оказание скорой медицинской помощи за исключением суммы специализированных вызовов (неврологических, реанимационных, кардиологических), а также 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 № 24 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 № 16 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 № 24 к Соглашению) 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 финансирования скорой медицинской помощи для *i*-той группы медицинских организаций;

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

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

При этом медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в СМО реестры скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в установленном порядке.

Оплата выполненных специализированных вызовов (неврологических, реанимационных, кардиологических) осуществляется по стоимости вызова. При оплате вызовов с применением тромболитического препарата к стоимости соответствующего вызова (врачебного или фельдшерского) добавляется стоимость примененного тромболитического препарата (Приложение № 25 к Соглашению).

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в Республике Башкортостан лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, осуществляется по стоимости вызова (Приложение № 25 к Соглашению).

2.3.2. 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.

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

2.3.4. 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 № 25 к Соглашению).

2.4. 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 Фонда из бюджета Республики Башкортостан, по персонифицированным реестрам счетов.

2.4.1. оплату скорой медицинской помощи (психиатрические бригады) – по персонифицированным реестрам счетов за выполненный вызов.

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

2.4.3. 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 2018 год представлены в Приложении № 26 к Соглашению.

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

3.1. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются 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 по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

и (или) паллиативную медицинскую помощь;

2) коэффициент второго уровня оказания медицинской помощи - для медицинских организаций, имеющих в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие, в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также для специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, центров, диспансеров (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

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

3.2. В состав тарифов на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Республике Башкортостан включаются следующие статьи и подстатьи расходов МО в соответствии с действующей Классификацией операций сектора государственного управления расходов бюджетов Российской Федерации.

3.2.1. **Статья 210** «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»:

- подстатья 211 «Заработная плата»;

- подстатья 212 «Прочие выплаты»;

- подстатья 213 «Начисления на выплаты по оплате труда».

3.2.2. **Статья 220** «Оплата работ, услуг»:

- подстатья 221 «Услуги связи»;

- подстатья 222 «Транспортные услуги»;

- подстатья 223 «Коммунальные услуги»;

- подстатья 224 «Арендная плата за пользование имуществом»;

- подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» (за исключением расходов на капитальный ремонт и других работ, услуг, связанных с проведением капитального ремонта);

- подстатья 226 «Прочие работы, услуги», в том числе оплата программного обеспечения (кроме расходов на проектно-сметную документацию для проведения капитального ремонта).

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

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

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

3.2.6. **Статья 340** «Увеличение стоимости материальных запасов»:

- 340.1 «Медикаменты и перевязочные средства» (расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, сроком службы не более 12 месяцев, реактивов и химикатов);

- 340.2 «Продукты питания» (расходы на приобретение продуктов питания);

- 340.3 «Иные расходы, связанные с увеличением стоимости материальных запасов» (расходы на мягкий инвентарь и прочие материальные запасы за исключением стоимости приобретения строительных материалов для проведения капитального ремонта).

В составе тарифа предусмотрены расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачами-педиатрами участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи, осуществляемые в соответствии с порядком, установленным Правительством Республики Башкортостан.

Ежемесячные денежные выплаты медицинским работникам:

10,0 тыс. рублей - врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и врачам общей практики (семейным врачам);

5,0 тыс. рублей - врачам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);

3,5 тыс. рублей - фельдшерам (акушеркам) фельдшерско-акушерских пунктов, учреждений и подразделений скорой медицинской помощи;

2,5 тыс. рублей - медицинским сестрам фельдшерско-акушерских пунктов, учреждений и подразделений скорой медицинской помощи.

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

и ведомств, выходящих за рамки нормативных правовых актов по оплате труда работников учреждений здравоохранения.

3.3. Оплата расходов медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

3.4. 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.

3.5. В связи с установленными районным коэффициентом к заработной плате в размере 1,7 и 10-процентной надбавкой к заработной плате за каждый год работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР, применять для ФГУЗ "Медико-санитарная часть № 142 ФМБА России" коэффициент в размере 1,68 на все виды оказываемой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи и стоимости тромболитических препаратов, применяемых при оказании скорой медицинской помощи).

3.6. Учитывая наличие нормативных документов, устанавливающих повышенные финансовые нормативы на лекарственные средства, продукты питания и расходы по заработной плате (приказ МЗ РФ от 15.03.1993г. № 41, приказ МЗ и МП РФ от 06.05.1995г. № 122, постановление Правительства Республики Башкортостан от 13.08.2015г. № 311) применять для ГБУЗ Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн коэффициент в размере 1,2 на все виды оказываемой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи).

3.7. Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между МО установлена в приложении № 27 «Предельная 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 01.04.2017 года - 4 059 802 человека) в части базовой программы обязательного медицинского страхования, за исключением размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Республики Башкортостан на 2018 год, составляет:

- в амбулаторных условиях – 4 294,30 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях 17 434 034,8 тыс. руб.;

- в стационарных условиях – 5 491,01 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях 22 292 420,6 тыс. руб. (с учетом высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской реабилитации);

- в условиях дневного стационара – 969,46 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара 3 935 822,3 тыс. руб.;

- вне медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи – 729,74 руб., исходя из расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 2 962 610,4 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 1 декабря 2010 года № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (в действующей редакции).

4.2. В соответствии со [статьей 40](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные [статьей 41](#) Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи определяется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»(в действующей редакции).

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;

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

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

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

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов (Приложение № 30 к Соглашению).

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

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

На 01.01.2018 г. РП составляет – 11 906,3 руб.

К_{шт}- коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с [Перечнем](#) оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов.

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

V. Заключительные положения.

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

5.1.1. Порядок приема реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в Республике Башкортостан осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011г. №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования».

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

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

5.3. Неотъемлемой частью Соглашения являются:

Ø Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на 2018 год (Приложение № 1 к Соглашению);

Ø Перечень государственных учреждений здравоохранения Республики Башкортостан и других медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в соответствии с уровнями трехуровневой системы организации медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2018 год (Приложение № 2 к Соглашению);

Ø Распределение медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и имеющих прикрепленное застрахованное по ОМС население, на группы по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов) на 2018 год. (Приложение № 3 к Соглашению);

Ø Численность застрахованных по ОМС лиц в Республике Башкортостан прикрепленных к МО по состоянию на 01.04.2017 года. (Приложение № 4 к Соглашению);

Ø Численность застрахованного прикрепленного населения обслуживаемого станцией скорой медицинской помощи или отделением скорой медицинской помощи, входящим в состав медицинской организации по состоянию на 01.04.2017 года. (Приложение № 5 к Соглашению);

Ø Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 6 к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение 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 01.01.2018 года. (Приложение № 7 к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение профилактических медицинских осмотров взрослого населения по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 8 к Соглашению);

Ø Стоимость 1 законченного случая на проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 9 к Соглашению);

Ø Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение №10 к Соглашению);

Ø Стоимость одного посещения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 11 к Соглашению);

Ø Стоимость одного обращения для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемых в связи с заболеваниями по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 12 к Соглашению);

Ø Стоимость лечебно-диагностических услуг по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 13 к Соглашению);

Ø 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 № 14 к Соглашению);

Ø Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 15 к Соглашению);

Ø Коэффициенты дифференциации с учетом половозрастных затрат на 2018 год. (Приложение № 16 к Соглашению);

Ø Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов) по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 17 к Соглашению);

Ø Базовая ставка финансового обеспечения специализированной медицинской помощи по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 18 к Соглашению);

Ø Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и коэффициенты относительной затратноности КСГ/КПГ (для медицинской

помощи, оказываемой в стационарных условиях). (Приложение № 19 к Соглашению);

Ø Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара). (Приложение № 20 к Соглашению);

Ø Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи. (Приложение № 21 к Соглашению);

Ø 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 2018 году. (Приложение № 22 к Соглашению);

Ø Тариф и структура тарифов на услуги гемодиализа и перитониального диализа по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 23 к Соглашению);

Ø Коэффициенты дифференциации для расчета подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на прикрепившихся лиц по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 24 к Соглашению);

Ø Стоимость одного выполненного вызова бригады скорой медицинской помощи в зависимости от профиля по состоянию на 01.01.2018 года. (Приложение № 25 к Соглашению);

Ø Тарифы медицинской помощи в рамках реализации сверх базовой части программы ОМС на 2018 год. (Приложение № 26 к Соглашению);

Ø Предельная стоимость лабораторных и диагностических услуг при осуществлении расчетов между медицинскими организациями в сфере ОМС. (Приложение № 27 к Соглашению);

Ø Перечень оснований неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи, штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества и мер, применяемых по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе размеры неоплаты, неполной оплаты оказания медицинской помощи и штрафов. (Приложение № 28 к Соглашению).

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

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Соглашение.

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

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

5.5. Настоящее Соглашение вступает в силу с 01 января 2018 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министерство здравоохранения
Республики Башкортостан:
Министр

А.А. Бакиров

Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования
Республики Башкортостан:
Директор

А.М. Меньшиков

Республиканская организация
Башкортостана профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации:
Председатель

П.Н. Зырянов

Региональное отделение
по Республике Башкортостан
Общероссийской общественной организации
«Российское общество по организации
здравоохранения и общественного здоровья»:

Председатель

Р.Я. Нагаев

Страховые медицинские организации:

Директора Уфимского филиала
АО «Страховая компания “СОГАЗ-Мед”»

Д. Т. Фарахова

Директор Уфимского филиала АО
«Медицинская страховая компания “УралСиб”»

Р.М. Юсупова