

**Дополнительное соглашение
к Тарифному соглашению
об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского
страхования Республики Бурятия на 2017 год от 09.01.2017 г.**

г. Улан-Удэ

«20» февраля 2017 г.

Министерство здравоохранения Республики Бурятия в лице министра здравоохранения Республики Бурятия Кожевникова В.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия в лице директора Самбуева Д.Н., филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Бурятия-Медицина» страховой медицинской организации ООО «РГС-Медицина» в лице директора Бандеева Б.В., Региональная общественная организация «Медицинская палата Республики Бурятия» в лице председателя Балханова Б.С., Бурятская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Ивановой Д.Б., в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Бурятия на 2017 год от 09.01.2017 г. (далее – Тарифное соглашение):

1. Внести следующие изменения в Тарифное соглашение:

1.1. Приложение №1 к Тарифному соглашению изложить в редакции в соответствии с Приложением №1 к настоящему Дополнительному соглашению;

1.2. Приложение № 21 к Тарифному соглашению изложить в редакции в соответствии с Приложением №2 к настоящему Дополнительному соглашению;

1.3. В Приложение № 24 к Тарифному соглашению:

строку 6 заменить строкой следующего содержания:

« 6	III А Структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.	1,10	»;
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	----

1.4. Приложение № 24 к Тарифному соглашению:

дополнить строкой 7 следующего содержания:

« 7	III Б Медицинские организации, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь	1,15	»;
-----	---------------------------------------------------------------------------------------------	------	----

1.5. Приложение № 25 к Тарифному соглашению дополнить абзацем следующего содержания:

«Случаи проведения экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара (КСГ № 5 «Экстракорпоральное оплодотворение») - 1,55»;

1.6. Приложение № 28 к Тарифному соглашению изложить в редакции в соответствии с Приложением №4 к настоящему Дополнительному соглашению;

1.7. Приложение №29 к Тарифному соглашению исключить;

1.8. Дополнить Тарифное соглашение Приложением №32 «Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» в соответствии с Приложением № 5 к настоящему Дополнительному соглашению;

1.9. Дополнить Тарифное соглашение Приложением №33 «Средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации» в соответствии с Приложением № 6 к настоящему Дополнительному соглашению

1.10. Абзац 11 раздела 3 приложения №2 после слов «учитывающий уровень» дополнить словом «(подуровень)»;

1.11. Раздел 4 приложения №2 дополнить пунктом 4.13. следующего содержания:

«4.13. Стационарная (плановая) помощь, оказываемая по профилю койки (отделения) - неонатология, оказывается без направления МО-фондодержателя и оплачивается за фактическое количество законченных случаев лечения по соответствующей КСГ, в пределах плановых объемов, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.»;

1.12. Пункт 7.3. раздела 7 приложения №2 после слов «для МО-фондодержателей» дополнить словами «(приложение №6),»;

1.13. Пункт 7.3. раздела 7 приложения №2 дополнить абзацем следующего содержания:

«ПК = КУ ксг*КУСмо*КСЛП, где

КУксг – управленческий коэффициент по КСГ, к который отнесен данный случай госпитализации (лечения) (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

КУСмо - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (приложение №24 к Тарифному соглашению);

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, установленный для случая госпитализации (лечения), (приложение №25 к Тарифному соглашению).

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляется

отдельно для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.»;

1.14. Пункт 8.3 раздела 8 приложения № 2 дополнить абзацами следующего содержания:

«Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях застрахованным лицам ГАУЗ «Республиканский перинатальный центр МЗ РБ», Республиканским гепатологическим центром ГБУЗ «РКИБ», ГАУЗ «РКВД» по эпидемиологическим показаниям оплачивается без направления за счет средств МО - фондодержателя в бесспорном порядке в пределах плановых объемов, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

«Обследование и лечение застрахованных лиц, призываемых на военную службу по решению военных комиссариатов, осуществляется по направлению врачей-специалистов военных комиссариатов без согласования с МО-фондодержателем.

«Обследование застрахованных лиц по направлению специалистов бюро МСЭ с целью уточнения диагноза осуществляется без согласования с МО-фондодержателем.

«Врач-специалист стоматологической поликлиники г. Улан-Удэ имеет право направить пациентов на получение плановой стационарной помощи в отделение челюстно-лицевой хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» и на получение медицинской помощи в условиях дневного стационара в МО-исполнитель, оказывающую стоматологическую помощь под общей анестезией по медицинским показаниям, без согласования с МО-фондодержателем.»;

1.15. Пункт 8.10.2 раздела 8 приложения № 2 изложить в следующей редакции:

«при оказании медицинских услуг в амбулаторных условиях, вправе для достижения цели, указанной в направлении, самостоятельно с учетом имеющихся результатов исследований и консультаций определять перечень необходимых пациенту дополнительных медицинских услуг (консультаций узких специалистов, диагностических исследований с учетом состояния его здоровья, выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения). При наличии показаний для оказания специализированной медицинской помощи, требующей специальных методов диагностики и лечения, отсутствующих в МО-фондодержателе, вправе направить пациента на госпитализацию в стационар или дневной стационар этой или другой медицинской организации при условии согласования с МО-фондодержателем. Согласованием госпитализации в стационар или дневной стационар является внесение сведений МО-фондодержателем о направлении застрахованного в ИСЗЛ СМО, в том числе без выдачи направления пациенту на бумажном носителе;».

2. Действие пунктов 1.1., 1.10.-1.15. распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2017 года.

3. Действие пунктов 1.2.-1.9. распространяется на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2017 года.

И.о. министра здравоохранения
Республики Бурятия



В.В.Кожевников

Директор
Территориального фонда ОМС
Республики Бурятия



Д.Н.Самбуев

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



Б.В.Бандеев

Председатель региональной
общественной организации
«Медицинская палата Республики Бурятия»



Б.С.Балханов

Председатель Бурятской республиканской
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



Д.Б. Иванова