

**ИЗМЕНЕНИЯ
В ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ПО
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
НА 2014 ГОД**

г. Байконур

23 сентября 2014 г.

В соответствии с пунктом 2 постановления Главы администрации города Байконур от 04 сентября 2014 г. № 185 «О внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2014 год, утвержденную постановлением Главы администрации города Байконур от 04 февраля 2014 г. № 26», пунктом 6.3 Тарифного соглашения на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год, заключенного 11 февраля 2014 года (с изменениями), протоколом заседания Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования от 05 сентября 2014 г. № 18, администрация города Байконур в лице и.о. Главы администрации Петренко А.П., действующего на основании Соглашения между Российской Федерацией и Республикой Казахстан о статусе города Байконур, порядке формирования и статусе его органов исполнительной власти от 23 декабря 1995 г., Городское управление здравоохранения в лице и.о. начальника Дмитриевой М.А., действующего на основании распоряжения Главы администрации от 30 июля 2014 г. № 01-5/15-204, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Григорьевой Н.А., действующего на основании Положения, филиал «Байконур-РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС» в лице руководителя Шамрай Н.М., действующего на основании Устава ОАО «РОСНО-МС», Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» в лице председателя Адасева Н.П., действующего на основании Положения, именуемые далее Сторонами, вносят следующие изменения в Тарифное соглашение на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год, заключенное 11 февраля 2014 года (с изменениями) (далее – Тарифное соглашение):

1. В раздел 3:

1.1. Абзац пятый подпункта 3.7.1 пункта 3.7 изложить в следующей редакции:

«Установить тариф на оплату медицинской помощи с профилактической целью, а также неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, по стоимости одного посещения по специальностям, с учетом видов медицинской помощи, вошедших в Программу ОМС, в следующем размере:

Таблица 1

Специальности	Взрослые	Дети
Кардиология и ревматология	357,56	-
Педиатрия	-	473,03
Терапия	314,23	-
Эндокринология	644,71	867,03
Неврология	372,47	399,47
Инфекционные болезни	470,91	478,37
Хирургия	334,65	336,00
Акушерство-гинекология	437,99	349,40
Отоларингология	261,16	269,89
Офтальмология	224,11	305,42
Дерматология	270,15	347,84
Онкология	501,20	-

Таблица 1.1

Посещения по неотложной медицинской помощи	Стоимость одного посещения	
	взрослые	дети
	457,89	457,89

*) По тарифу неотложной медицинской помощи производится оплата за осмотр, проведение необходимых консультативно-диагностических услуг в амбулаторных условиях, а также в приемном отделении стационара пациентам, не нуждающимся в госпитализации.».

1.2. Абзац третий подпункта 3.7.2 пункта 3.7 изложить в следующей редакции:

«Установить тарифы на оплату медицинской помощи по поводу заболевания в амбулаторных условиях, с учетом видов медицинской помощи, вошедших в Программу ОМС, по стоимости одного обращения по специальностям в следующем размере:

Таблица 2

Специальности	Взрослые	Дети
Кардиология и ревматология	879,54	-
Педиатрия	-	1400,09
Терапия	601,61	-
Эндокринология	2322,51	3125,45
Неврология	898,75	964,20
Инфекционные болезни	1170,79	1189,39
Хирургия	743,80	746,82
Онкология	743,80	-
Урология (детская андрология)	422,57	-
Акушерство-гинекология	1607,04	1280,82
Отоларингология	616,67	637,42
Офтальмология	417,61	570,44
Дерматология	676,31	871,97

1.3. Абзац пятый подпункта 3.7.3 пункта 3.7 изложить в следующей редакции:

«Установить тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара всех типов, с учетом видов медицинской помощи, вошедших в Программу ОМС, по стоимости одного пациенто-дня по специальностям в следующем размере:

Таблица 3

Специальности	Взрослые	Дети
Педиатрия	-	1491,51
Терапия	1123,59	-
Неврология	1119,50	-
Хирургия	1554,02	-
Урология	1310,06	-
Стоматология	1825,95	-
Акушерство-гинекология	1665,59	-
Оториноларингология	1307,16	1382,32
Дерматология	1117,52	-
Нефрология *	4556,95	-
Онкология **	16000,00	

*) Проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам в рамках специализированной медицинской помощи.

**) Проведение лечения пациентов препаратом золедроновая кислота (зомета).».

1.4. Абзац шестой подпункта 3.7.4 пункта 3.7 изложить в следующей редакции:

«Установить тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, с учетом видов медицинской помощи, вошедших в Программу ОМС, по стоимости одного случая госпитализации по профилям медицинской помощи в следующем размере:

Таблица 4

Профиль медицинской помощи	взрослые	дети
1	2	3
Кардиология	25729,52	0,00
Гастроэнтерология	25906,59	26028,91
Эндокринология	27098,71	0,00
Аллергология и иммунология	20659,13	20560,28
Педиатрия	0,00	21074,19
Терапия	21545,82	0,00
Неонатология*	0,00	65076,58

1	2	3
Травматология и ортопедия (травматологические койки)	28783,26	0,00
Урология (детская урология-андрология)	22156,36	0,00
Нейрохирургия	25960,71	27782,68
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	20150,40	20576,62
Хирургия (абдоминальная, трансплантация органов и (или) тканей, костного мозга, пластическая хирургия)	22854,87	21352,50
Онкология, радиология и радиотерапия	33833,61	0,00
Акушерство и гинекология	14619,83	0,00
Оториноларингология	15612,73	15947,96
Офтальмология	19421,42	20470,62
Неврология	26985,25	0,00
Дерматовенерология (дерматологические койки)	24223,44	0,00
Инфекционные болезни	18043,99	19601,22
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)**	17985,07	0,00
Акушерство и гинекология (койки патологии беременных)	26595,00	0,00

*) При оплате медицинской помощи в случаях длительности лечения пациента в стационаре до 24 дней применяется тариф по стоимости одного койко-дня лечения.

**) При оплате медицинской помощи в случае физиологического течения родов законченным случаем лечения считать 3 дня (согласно пункту 32 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденного приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н).».

1.5. Абзац седьмой подпункта 3.7.4 пункта 3.7 изложить в следующей редакции:

«Установить тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, с учетом видов медицинской помощи, вошедших в Программу ОМС, по стоимости одного койко-дня госпитализации по профилям медицинской помощи в следующем размере:

Таблица 5

Профиль медицинской помощи	Взрослые	Дети
1	2	3
Кардиология	2025,95	-
Гастроэнтерология	2195,47	2205,84
Эндокринология	2356,41	-
Аллергология и иммунология	2221,41	2210,78
Педиатрия	-	2218,34

1	2	3
Терапия	2071,71	-
Неонатология	-	2689,11
Травматология и ортопедия (тр.койки)	2418,76	-
Урология (дет.урология-андрология)	2408,30	-
Нейрохирургия	2622,29	2806,33
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	2487,70	2540,32
Хирургия (абдоминальная, транспл.органов и тканей, пластич. хирургия)	2720,82	2541,96
Онкология, радиология и радиотерапия	2582,72	-
Акушерство и гинекология	2396,69	-
Оториноларингология	2330,26	2380,29
Офтальмология	2624,52	2766,30
Неврология	2141,69	-
Дерматовенерология (дерматолог.койки)	2143,67	-
Инфекционные болезни	2405,87	2613,50
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)	2766,93	-
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	2799,47	-

».

2. Приложение 6 изложить в новой редакции согласно приложению к настоящим изменениям в Тарифное соглашение.

3. Приложения 1 и 2 изложить в следующей редакции:

«Приложение 1

Тариф законченного случая при проведении расчета по I этапу диспансеризации взрослых, проводимой у женщин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н)

Тариф законченного случая (руб.)	Возраст пациентки (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):			
	от 21 до 36	39 и 45	42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84, 90 и 96	51, 57, 63, 69, 75, 81, 87, 93 и 99
1 обращение (включает посещения к врачам-специалистам)	752,22	1310,98	976,33	1683,45

07

Тариф законченного случая при проведении расчета по I этапу диспансеризации взрослых, проводимой у мужчин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н)

Тариф законченного случая (руб.)	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):			
	от 21 до 36	39 и 45	42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84, 90 и 96	51, 57, 63, 69, 75, 81, 87, 93 и 99
1 обращение (включает посещения к врачам-специалистам)	314,23	872,99	538,34	1245,46

».

3. Приложение 2 изложить в следующей редакции:

«Тарифы и перечень врачей-специалистов, применяемые для проведения расчетов по II этапу диспансеризации взрослых, проводимой у женщин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н)

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации женщиной*);	Возраст пациентки (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):		
	от 21 до 39	с 39 до 45	с 45 до 99
осмотр (консультация) врача-невролога	372,47	372,47	372,47
осмотр (консультация) врача-гинеколога	437,99	437,99	437,99
осмотр (консультация) врача-терапевта	314,23	314,23	314,23
осмотр (консультация) врача-офтальмолога		224,11	224,11
осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-проктолога)			334,65

Тарифы и перечень врачей-специалистов, применяемые для проведения расчетов по II этапу диспансеризации взрослых, проводимой у мужчин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н)

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации мужчиной*);	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):			
	от 21 до 39	с 39 до 45	с 45 до 51	с 51 до 99
осмотр (консультация) врача-невролога	372,47	372,47	372,47	372,47
заключительный прием (осмотр) врача-терапевта	314,23	314,23	314,23	314,23
осмотр (консультация) врача-офтальмолога		224,11	224,11	224,11
осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-проктолога)			334,65	334,65
осмотр (консультация) врача-хирурга (врача-уролога)				334,65

Расчет тарифа по II этапу диспансеризации осуществлен за посещения к врачам - специалистам, включающим в себя объемы исследований, установленных приказом Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н.

*) Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту включает в себя виды исследований (соответствующие профилю врача) и входящие во II этап диспансеризации взрослых в соответствии с перечнем, утвержденным приказом Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н.».

4. Приложение 3 изложить в следующей редакции:

«Тарифы законченного случая для проведения расчетов по I этапу диспансеризации детей - сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (по приказу Минздрава России от 11.04.2013 № 216н)

Пол пациентки / пациента:	Тариф законченного случая (руб.)	Возраст пациентки / пациента:					
		от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет	14 лет	от 15 до 17 лет
1	2	3	4	5	6	7	8
женский	1 обращение (включает посещения к врачам-специалистам)	2133,21	2295,01	3162,04	3162,04	3162,04	3162,04

1	2	3	4	5	6	7	8
мужской	1 обращение (включает посещения к врачам- специалистам)	2119,91	2281,61	3148,64	3148,64	3148,64	3148,64

Все указанные в приказе Минздрава России от 15.02.2013 № 72н виды исследований включены в стоимость профильного посещения к врачу-специалисту

психиатр *)	Равен тарифу стоимости 1 посещения (разового) к врачу- специалисту						
-------------	--	--	--	--	--	--	--

*) В структуру тарифа за счет средств ОМС расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются (на основании информационного письма ФФОМС от 13.04.2013 № 3267/30-1/и).

Примечание: в соответствии с информационным письмом ФФОМС от 13.04.2013 № 3267/30-1/и случай диспансеризации несовершеннолетних считается законченным (I этап) в случае проведения осмотров всеми врачами-специалистами, в том числе врачом-психиатром, предусмотренными в пункте 3 Порядка проведения диспансеризации (приложение №1 к приказу Минздрава России от 15.02.2013 № 72н).».

5. Приложение 4 изложить в следующей редакции:

«Тарифы законченного случая для проведения расчетов по I этапу профилактических осмотров несовершеннолетних (по приказу Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н)

Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды)	Стоимость законченного случая	
	мальчики	девочки
1	2	3
новорожденный	473,03	473,03
1 месяц	1513,92	1513,92
2 месяца	473,03	473,03
3 месяца	872,50	872,50
4 месяца	473,03	473,03
5 месяцев	473,03	473,03
6 месяцев	1208,50	1208,50
7 месяцев	473,03	473,03
8 месяцев	473,03	473,03
9 месяцев	473,03	473,03
10 месяцев	473,03	473,03
11 месяцев	473,03	473,03
12 месяцев	1945,61	1945,61
1 год 3 месяца	473,03	473,03

1	2	3
1 год 6 месяцев	473,03	473,03
1 год 9 месяцев	473,03	473,03
2 года	634,83	634,83
2 года 6 месяцев	473,03	473,03
3 года	1945,61	2295,01
4 года	809,03	809,03
5 лет	809,03	809,03
6 лет	1675,72	2295,01
7 лет	1945,61	2275,31
8 лет	473,03	822,43
9 лет	473,03	822,43
10 лет	2700,22	3049,62
11 лет	1114,45	1463,85
12 лет	473,03	822,43
13 лет	473,03	822,43
14 лет	2364,22	2713,62
15 лет	1945,61	3049,62
16 лет	2700,22	2295,01
17 лет	2700,22	3049,62

Все указанные в приказе Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н виды исследований включены в стоимость профильного посещения к врачу-специалисту

психиатр **)	Равен тарифу стоимости 1 посещения (разового) к врачу-специалисту
--------------	---

**) В структуру тарифа за счет средств ОМС расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются (на основании информационного письма ФФОМС от 13.04.2013 № 3267/30-1/и).


Примечание: в соответствии с информационным письмом ФФОМС от 13.04.2013 №3267/30-1/и случай медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным (I этап) в случае проведения осмотров всеми врачами-специалистами, в том числе врачом-психиатром, предусмотренными в пункте 19 Порядка проведения медицинских осмотров (приложение №1 к приказу Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н).».

6. Настоящие изменения являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания; по договоренности Сторон распространяется на правоотношения, возникшие с 01 сентября 2014 года, и действуют до 31 декабря 2014 года. Установленные настоящими изменениями в Тарифное соглашение тарифы применяются при расчете за случаи оказания медицинской помощи, завершающиеся после 01 января 2015 года.

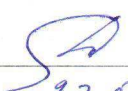
7. Настоящие изменения в Тарифное соглашение составлены в шести экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному из каждой Стороны и ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России.

**ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН, УЧАСТВУЮЩИХ В
ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:**

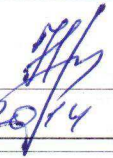
**От администрации
города Байконур**

И.о. Главы администрации города Байконур		А.П. Петренко
	<u>23.09.2014</u>	

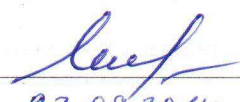
**От Городского управления
здравоохранения**

И.о. начальника Городского управления здравоохранения		М.А. Дмитриева
	<u>23.09.2014</u>	

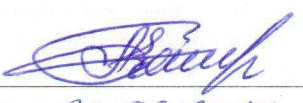
От ТФОМС города Байконур

Директор ТФОМС города Байконур		Н.А. Григорьева
	<u>23.09.2014</u>	

**От филиала «Байконур-РОСНО-МС»
ОАО «РОСНО-МС»**

Руководитель филиала «Байконур - РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС»		Н.М. Шамрай
	<u>23.09.2014</u>	

**От Первичной профсоюзной
организации комплекса «Байконур»**

Председателя Первичной профсоюзной организации комплекса «Байконур»		Н.П. Адасев
	<u>23.09.2014</u>	

Приложение
к Изменениям в Тарифное соглашение на
медицинские услуги, оказываемые по
Территориальной программе обязательного
медицинского страхования, на 2014 год
от Л.З. Семенова

ПЕРЕЧЕНЬ

оснований для отказа в оплате медицинской помощи по ОМС
(уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской
организацией штрафа, в том числе за неокказание, несвоевременное
оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
(для случаев оказания скорой медицинской помощи
вне медицинской организации)

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
Раздел 1. НАРУШЕНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ				
1.1.		Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи:		
1.1.1.		от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий		
1.1.1.1.	6.1.1.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	5% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
1.1.1.2.	6.1.1.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания ¹	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений		
1.1.2.		более 100 процентов от норматива, установленного программой государственных гарантий:		
1.1.2.1.	6.1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
После разбора и доказанные нарушения в установленном порядке				
1.1.2.2	6.1.1.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания ¹	50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
1.2.		Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи (в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе:		
1.2.1.	6.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.2.	6.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	-	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.3.	6.2.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	200% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное
1.3.		Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
1.3.1.	6.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания		50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.2.	6.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания		100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.3.	6.3.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)		200% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.4.	взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь:			
1.4.1.	6.4.1.	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% возврата средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.4.2.	6.4.2.	при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой ОМС	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% возврата средств необоснованно затраченных застрахованным лицом

Раздел 2. ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты
2.1.		Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:	
2.1.1.	6.5.1.	об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи	25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
2.1.2.	6.5.2.	о показателях доступности и качества медицинской помощи	25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
Раздел 3. ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ/НАРУШЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
3.1.		Доказанные в установленном порядке:	
3.1.1.	6.6.1.	нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц)	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.1.2.	6.6.2.	разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицам, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
3.1.3.	6.6.3.	несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица	-	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:			
3.2.1.	6.7.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.2.2.	6.7.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.2.3.	6.7.3.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	200% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:			
3.3.1.	6.8.1.	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
3.3.2.	6.8.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
	6.8.3.	необоснованная медицинская помощь, приведшая к летальному исходу	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	200% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).			
3.4.1.	6.9.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.4.2.	6.9.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.4.3.	6.9.3.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
3.5.	6.10.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов	20% стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	
3.6.	6.11.	Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.7.	6.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств - синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.8.	6.13.	Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи, повлекшие проведение неправильных мероприятий оказания медицинской помощи на этапе транспортировки и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
Раздел 4. ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ				
4.1.	6.14.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи без объективных причин	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
4.2.	6.15.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)	15% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.3.	6.16.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.4.	Несоответствие данных реестра счетов на оплату медицинской документации данным счета и скорой медицинской помощи, в том числе:			
4.4.1.	6.17.1.	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.4.2.	6.17.2.	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.4.3.	6.17.3.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица	5% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
Раздел 5. НАРУШЕНИЯ В ОФОРМЛЕНИИ И ПРЕДЪЯВЛЕНИИ НА ОПЛАТУ СЧЕТОВ И РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ				
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
5.1.1.	6.18.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.2.	6.18.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.3.	6.18.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.4.	6.18.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.5.	6.18.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.6.	6.18.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.7.	6.18.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1.	6.19.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.2.	6.19.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

№ п/п	№ в НСИ	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
5.2.3.	6.19.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.4.	6.19.4.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.3.	6.20.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.4.	6.21.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.5.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:			
5.5.1.	6.22.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.5.2.	6.22.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре.	100% стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	