

1

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

«\_11\_»\_февраля\_2014 г.

г. Байконур

Администрация города Байконур в лице заместителя 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 города Байконур в лице начальника Тимощенко О.М., действующей на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Григорьевой Н.А., действующей на основании Положения, ОАО «РОСНО-МС» в лице Генерального директора Галаничевой Н.П., действующей на основании Устава, Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» в лице председателя Первичной профсоюзной организации комплекса «Байконур» Адасева Н.П., действующего на основании Положения, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральными законами от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями), от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями), от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями), от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», приказами Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила) (с изменениями), от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля



объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями), приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации», постановлениями Главы администрации города Байконур от 04 февраля 2014 г. № 26 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2014 год», от 16 ноября 2011 г. № 165 «О Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур» (с изменениями), протоколом заседания Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур (далее – Комиссия) от «11» февраля 2014 г. № 13, заключили настоящее Тарифное соглашение на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования города Байконур на 2014 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

## **1. Предмет Тарифного соглашения**

1.1. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования, их состав (структуру), порядок применения, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории города Байконур при оплате медицинской помощи и использования средств обязательного медицинского страхования.

## **2. Основные понятия и положения**

### **2.1. Основные понятия:**

**Обязательное медицинское страхование** (далее – ОМС) – вид обязательного социального страхования представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

**Застрахованное лицо** – физическое лицо, на которое распространяется ОМС.

**Полис обязательного медицинского страхования** (далее - полис) является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.



**Базовая программа обязательного медицинского страхования** – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

**Территориальная программа обязательного медицинского страхования** (далее – Программа ОМС) – определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории города Байконур, соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС.

**Территориальный фонд обязательного медицинского страхования** города Байконур (далее - ТФОМС города Байконур) – некоммерческая организация, созданная администрацией города Байконур для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории города Байконур.

**К медицинским организациям** в сфере ОМС (далее - МО) относятся медицинские организации любой, предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (далее - реестр медицинских организаций).

**Страховая медицинская организация** (далее - ОАО «РОСНО-МС») – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

**Тарифы в сфере обязательного медицинского страхования** (далее – тарифы) – группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по выполнению Программы ОМС.

**Базовый тариф** – средний объем финансового обеспечения за единицу объема медицинской помощи, определенный на основе норматива финансового обеспечения, установленного базовой программой ОМС.

**Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС** – мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.



**Форматно-логический контроль** медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, производится ТФОМС города Байконур и включает:

- 1) идентификацию застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;
- 2) выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;
- 3) направление в электронном виде результатов, полученных в соответствии с подпунктами 1 и 2 настоящего пункта, в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

**Единый регистр застрахованных по ОМС лиц** – территориально распределенный информационный ресурс, являющийся совокупностью региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц.

**Региональный сегмент единого регистра застрахованных по ОМС лиц** - информационный ресурс, содержащий персонифицированные сведения о лицах, застрахованных по ОМС в субъекте Российской Федерации.

**Реестр медицинской помощи** – информационный ресурс, содержащий информацию о случаях оказания медицинской помощи.

**Посещение** – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической целью, а также при оказании неотложной медицинской помощи.

Объем медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по посещениям, включает в себя посещения с профилактической целью, в том числе:

медицинский осмотр в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

диспансеризация определенных групп населения;

комплексный медицинский осмотр;

патронаж;

в связи с другими обстоятельствами;

с иными целями, в том числе в связи с заболеваниями, из них:

оказание медицинской помощи в неотложной форме,

активное посещение, включая консультации врачей-специалистов,

диспансерное наблюдение,

разовые посещения по поводу заболевания (связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, направлением на госпитализацию, в дневной стационар; получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов).



**Обращение** – единица объема медицинской помощи по поводу заболеваний в амбулаторных условиях по законченному случаю (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута). Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар или делается заключение о состоянии здоровья.

**Пациенто-день** – единица объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, предусматривающей медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующей круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

**Случай госпитализации** – единица объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, предусматривающей круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

**Законченный случай лечения** – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в стационарных условиях, предусматривающей круглосуточное медицинское наблюдение и лечение по основному заболеванию, а также сопутствующему заболеванию, влияющему на течение основного заболевания, в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи.

**Прерванный случай лечения** – случай оказания медицинской помощи с фактической длительностью лечения менее 50% от нормативной и с невыполнением необходимого объема медицинских мероприятий, установленных стандартами оказания медицинской помощи (выписка, перевод в другую медицинскую организацию или другое профильное отделение пациента), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

**Вызов скорой помощи** – единица объема медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

## 2.2. Основные положения:

2.2.1. ТФОМС города Байконур осуществляет финансирование ОАО «РОСНО-МС» в соответствии с договором финансового обеспечения обязательного медицинского страхования.



2.2.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими МО лицам, застрахованным на территории города Байконур, осуществляется ОАО «РОСНО-МС» в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в пределах средств, переданных ТФОМС города Байконур филиалу ОАО «РОСНО-МС».

2.2.3 Оплата медицинской помощи, оказываемой МО лицам, застрахованным вне территории города Байконур, осуществляется ТФОМС города Байконур в соответствии с пунктом 8 статьи 34 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями).

2.2.4. Виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структура тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в городе Байконур за счет средств ОМС, критерии доступности и качества медицинской помощи, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2014 год, утвержденной постановлением Главы администрации города Байконур от 04 февраля 2014 г. № 26 (далее – Территориальная программа).

2.2.5. Расчет объема финансирования ОАО «РОСНО-МС» осуществляется ТФОМС города Байконур по дифференцированным подушевым нормативам ежемесячно и утверждается директором ТФОМС города Байконур.

2.2.6. ТФОМС города Байконур и ОАО «РОСНО-МС» в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями) осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках Программы ОМС.

Порядок контроля, а также Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения размера оплаты медицинской помощи) за нарушения при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках Программы ОМС, установлен приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий



предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (с изменениями), а также информационным письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24 декабря 2012 г. № 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи». Суммы средств, не подлежащие оплате (уменьшение размера оплаты медицинской помощи), и размеры штрафных санкций за нарушения, выявленные ТФОМС города Байконур и/или ОАО «РОСНО-МС» при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, предоставляемой МО в рамках Программы ОМС, являются едиными для всех МО, участвующих в реализации программ ОМС на территории города Байконур, и утверждаются решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования, утверждаемой постановлением Главы администрации города Байконур (далее – Комиссия) согласно приложениям 5 и 6 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования**

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н (с изменениями) (далее - Правила обязательного медицинского страхования), на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для всех МО, независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь в рамках Программы ОМС. Расчет тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных и амбулаторных условиях по Программе ОМС в разрезе профилей медицинской помощи и врачебных специальностей, произведен в соответствии с информационным письмом Минздрава России от 08 ноября 2013 г. № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (далее – информационное письмо) и в соответствии с рекомендациями Минздрава России и ФФОМС «Способы оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)» (далее – рекомендации).

3.2. Тарифы включают затраты МО в рамках выполнения плана-задания, установленного Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2014 год, связанные с оказанием медицинской помощи по Программе ОМС (за исключением затрат на оказание медицинской помощи сверх плана-задания).



Состав (структура) тарифа на оплату медицинской помощи по Программе ОМС включает в себя следующие расходы:

3.2.1. Код операций сектора государственного управления (КОСГУ) 211 «Заработная плата».

В структуре тарифа предусмотрены следующие выплаты стимулирующего характера, том числе:

выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, медицинским сестрам участковым врачей-педиатров участковых, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

Для МО, выполняющих Программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в рамках коллективных договоров, соглашений, локальных нормативных актов в соответствии с законодательством и нормативными правовыми актами Российской Федерации, регламентирующими вопросы оплаты труда работников.

При распределении средств на заработную плату работников МО не учитываются и в структуру тарифа не входят:

дополнительные выплаты к заработной плате работников МО, за рамками нормативных правовых актов Российской Федерации, не предусмотренные коллективными договорами, трудовыми договорами, иными локальными документами организаций, регулирующих вопросы оплаты труда;

оплата труда работников, оказывающих медицинскую помощь по видам и профилям, не входящим в Программу ОМС;

оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающих медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией) и (или) не имеющих действующих сертификатов.

3.2.2. КОСГУ 212 «Прочие выплаты».

3.2.3. КОСГУ 213 «Начисления на выплаты по оплате труда».

3.2.4. КОСГУ 221 «Услуги связи»;

3.2.5. КОСГУ 222 «Транспортные услуги»;

3.2.6. КОСГУ 223 «Коммунальные услуги»;



3.2.7. КОСГУ 224 «Арендная плата за пользование имуществом»;

3.2.8. КОСГУ 225 «Работы, услуги по содержанию имущества»;

3.2.9. КОСГУ 226 «Прочие работы, услуги»;

3.2.10. КОСГУ 260 «Социальное обеспечение»;

3.2.11. КОСГУ 290 «Прочие расходы»;

3.2.12. КОСГУ 310 «Увеличение стоимости основных средств»;

3.2.13. КОСГУ 340 «Увеличение стоимости материальных запасов».

В структуру тарифа не входят расходы МО в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения и приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу.

В структуре тарифов по КОСГУ 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» предусматриваются расходы по оплате договоров по приобретению лекарственных препаратов, перевязочных средств, медицинских изделий, кровезаменителей, материалов стоматологических, дезинфицирующих средств, мягкого инвентаря (КОСГУ 34010), продуктов питания (КОСГУ 34020), горюче-смазочных материалов (КОСГУ 34030), прочих материальных запасов (КОСГУ 34040).

В стационарных условиях и в условиях дневных стационаров осуществляется обеспечение граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах всех типов, а также скорой медицинской помощи согласно приложению 1 к Территориальной программе.

3.3. Использование средств ОМС медицинской организацией на финансирование медицинской помощи, не входящей в Программу ОМС, на затраты, не включенные в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета ТФОМС города Байконур в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями).

3.4. Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии (план-задание МО) с последующей корректировкой при



необходимости и обоснованности (приложение 10 к Территориальной программе).

3.5. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями), пунктом 110 Правил оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО счетов, счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь в пределах объемов, согласно плану-заданию, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.

3.6. Объектами установления тарифа являются:

стоимость одного врачебного посещения с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по специальностям и неотложной медицинской помощи, включая консультативно-диагностические услуги, не требующих госпитализации, при условии наблюдения за состоянием пациентов до шести часов после проведенных лечебно-диагностических мероприятий;

стоимость одного обращения по поводу заболеваний при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по специальностям;

стоимость одного пациенто-дня лечения в условиях дневных стационаров всех типов по специальностям;

стоимость одного случая госпитализации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи;

стоимость одной УЕТы по стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

стоимость одного вызова скорой медицинской помощи;

величина подушевого финансирования скорой медицинской помощи.

3.7. Затраты МО, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим группам тарифов:

3.7.1. Тарифы посещений при оказании медицинской помощи с профилактической целью в амбулаторных условиях и неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях по специальностям, с учетом видов медицинской помощи, вошедших в Программу ОМС, включают в том числе:

а) прохождение медицинских осмотров взрослым населением и несовершеннолетними, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них;

б) диспансеризацию определенных групп взрослого населения по II этапу и диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

За единицу оплаты медицинской помощи с профилактической целью, оказываемой в амбулаторных условиях, и неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях по специальностям, принято одно посещение. Тарифы



дифференцированы по врачебным специальностям (профилям врачебных приемов) отдельно для взрослого и детского населения. Расчет тарифов на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях по Программе ОМС в разрезе врачебных специальностей, произведен в соответствии с информационным письмом и рекомендациями.

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

Таблица 1

Специальности	Взрослые	Дети
Педиатрия	-	411,05
Терапия	272,57	-
Эндокринология	560,75	754,61
Неврология	323,36	346,91
Инфекционные болезни	-	415,70
Хирургия	290,38	291,56
Акушерство-гинекология	380,49	303,25
Отоларингология	226,30	233,92
Офтальмология	193,99	264,98
Дерматология	234,14	301,88
Неотложная медицинская помощь*	402,07	402,07

\*По тарифу неотложной медицинской помощи производится оплата за осмотр, проведение необходимых консультативно-диагностических услуг в приемном отделении пациентам, не нуждающимся в госпитализации.

3.7.2. За единицу оплаты медицинской помощи по поводу заболевания в амбулаторных условиях принято одно обращение. Тарифы дифференцированы по врачебным специальностям (профилям врачебных приемов), отдельно для взрослого и детского населения. Расчет тарифов на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях по Программе ОМС в разрезе врачебных специальностей, произведен в соответствии с методикой, согласно информационному письму и рекомендациям.

За единицу принят утвержденный средний норматив стоимости одного обращения (средняя кратность посещения при одном обращении составляет 2,9 раз) по городу Байконур. Путем применения относительных коэффициентов стоимости одного посещения к установленному среднему нормативу определен тариф на оказание медицинских услуг в амбулаторных условиях за одно обращение (посещение) в разрезе врачебных специальностей.



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	767,75	819,37
Педиатрия	-	1 222,15
Терапия	525,14	-
Эндокринология	2 027,36	2 728,27
Неврология	784,52	841,65
Инфекционные болезни	1 021,99	1 038,22
Хирургия	649,25	651,89
Онкология (диспансеризация)	649,25	-
Урология	368,87	370,72
Акушерство-гинекология	1 402,80	1 118,04
Отоларингология	538,28	556,39
Офтальмология	364,52	497,93
Дерматология	590,34	761,14

В тариф обращения и посещений включена расчетная стоимость осмотра (консультации) врачом-специалистом, врачебных манипуляций (операций), медицинских услуг, оказанных средним медицинским работником, в том числе в процедурных и перевязочных кабинетах и на дому, оформления направлений для выполнения (назначения) лабораторных и других методов исследования, выписки рецептов, оформления санаторно-курортных карт, справок для получения санаторно-курортных путевок.

Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» по форме, согласно приложению № 3 к приказу Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 255 (с кодировкой по пункту 16: цель посещения - 1 - заболевание).

3.7.3. Затраты МО на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров всех типов, осуществляются по тарифам за пациенто-день лечения.

За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, принят один пациенто-день. Тариф на оплату одного пациента-дня лечения в условиях дневного стационара дифференцируется по



врачебным специальностям, отдельно для взрослого и детского населения. За единицу принят утвержденный средний норматив стоимости одного пациенто-дня по городу Байконур. Путем применения относительных коэффициентов стоимости пациента-дня к установленному среднему нормативу определен тариф на оплату медицинских услуг по врачебным специальностям за один пациенто-день в условиях дневного стационара.

Тарифы на профильные пациенто-дни включают затраты, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями стандартов и порядков оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного дневного стационара, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру).

Затраты МО на оказание медицинской помощи при проведении заместительной почечной терапии осуществляется по тарифам по профилю медицинской помощи «Нефрология» (гемодиализ) в условиях дневного стационара.

**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	-	1 308,42
Терапия	985,37	-
Неврология	981,78	-
Хирургия	1 363,31	-
Урология	1 149,10	-
Стоматология	1 602,07	-
Акушерство-гинекология	1 461,27	-
Оториноларингология	1 146,55	1 212,55
Дерматология	980,04	-
Нефрология *	4 000,00	-

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



3.7.4. Затраты МО на оказание медицинской помощи в стационарных условиях, осуществляется по тарифам за случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях) по профилям медицинской помощи.

За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в стационарных условиях, принят законченный случай лечения.

Расчет тарифов на оплату медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях, произведен в соответствии с методикой, приведенной в информационном письме и рекомендациях.

Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях, дифференцированы по профилям медицинской помощи, отдельно для взрослого и детского населения.

Тариф на оплату медицинской помощи, оказанную в стационарных условиях по законченному случаю применяется в случаях проведения полного объема диагностических мероприятий, когда длительность лечения пациента составляет не менее 50% от средней длительности пребывания одного больного в стационаре по профилям медицинской помощи, установленного Программой ОМС (приложение 10 (таблица 10.1.1) к Территориальной программе).

**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:**

Стоимость одного случая госпитализации

Таблица 4

Профиль медицинской помощи	Взрослые	Дети
1	2	3
Кардиология	22 298,16	-
Эндокринология	23 494,85	-
Педиатрия	-	18 229,36
Терапия	18 641,58	-
Неонатология*	-	56 687,79
Травматология и ортопедия (тр.койки)	24 967,15	-
Урология (дет.урология-андрология)	19 175,19	-
Нейрохирургия	22 500,23	24 092,64
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	17 421,97	17 794,49
Хирургия (абдоминальная, транспл.органов и тканей, пластич. хирургия)	19 785,7	18 472,61
Онкология, радиология и радиотерапия	29 381,2	-
Акушерство и гинекология (гинекологические койки)	12 588,2	-



1	2	3
Оториноларингология	13 456,01	13 749
Офтальмология	16 784,83	17 701,84
Неврология	23 395,68	-
Дерматовенерология (дерматолог.койки)	20 981,84	-
Инфекционные болезни	15 580,95	16 954,48
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц, новорожденных)	9 203,89	6 135,92
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	23 054,6	-

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

**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:**

Стоимость одного койко-дня госпитализации

Таблица 5

Профиль медицинской помощи	Взрослые	Дети
Кардиология	1 755,76	-
Эндокринология	2 043,03	-
Педиатрия	-	1 918,88
Терапия	1 792,46	-
Неонатология	-	2 323,27
Травматология и ортопедия (тр.койки)	2 098,08	-
Урология (дет.урология-андрология)	2 084,26	-
Нейрохирургия	2 272,75	2 433,60
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	2 150,86	2 196,85
Хирургия (абдоминальная, транспл.органов и тканей, пластич. хирургия)	2 355,44	2 199,12
Онкология, радиология и радиотерапия	2 242,84	-
Акушерство и гинекология	2 063,64	-
Оториноларингология	2 008,36	2 052,09
Офтальмология	2 268,22	2 392,14
Неврология	1 856,80	-
Дерматовенерология (дерматолог.койки)	1 856,80	-
Инфекционные болезни	2 077,46	2 259,69
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц, новорожденных)	1 415,98	943,99
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	2 426,80	-



Способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за количество проведенных пациентом койко-дней применяется в случаях прерванного лечения, когда длительность лечения пациента составляет менее 50% от средней длительности пребывания одного больного в стационаре по профилям медицинской помощи, установленного Программой ОМС (приложение 10 (таблица 10.1.1) к Территориальной программе).

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включают затраты за счет средств ОМС в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями и порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезий, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж и лечебную физкультуру).

В случае оказания помощи в двух и более отделениях стационара различного профиля по поводу различных заболеваний, в составе случая указываются соответствующие тарифы для стационара, отражающие лечение в отделениях каждого профиля. Периоды оказания помощи в отделениях в составе случая не могут совпадать и пересекаться.

При предоставлении одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю в МО в стационарных условиях права нахождения с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, в тариф на оплату оказанной ребенку медицинской помощи включены расходы на предоставление спального места и питания одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя по видам медицинской помощи и заболеваниям, включенным в Программу ОМС.

Компенсация затрат медицинских организаций на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в Программу ОМС.

3.7.5. Оплата стоматологической помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, производится по принятым тарифам на медицинские услуги в стоматологии (УЕТ).



Установить тариф при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях по стоимости одной УЕТы в следующем размере.

Таблица 6

Специальности	Взрослые	Дети
Стоматология 1* УЕТ	227,80	284,20
Стоматология (посещения с профилактической целью) в УЕТ(0,5)	113,90	142,10

3.7.6. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи за счет средств ОМС на территории города Байконур осуществляется по подушевому нормативу на прикрепленное застрахованное население, размер которого составляет 476,80 руб. на 1 человека в год.

3.8. Оплата медицинской помощи, оказываемой МО города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифу стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в следующем размере: 1 499,37 руб.

#### **4. Порядок применения тарифов для оплаты медицинской помощи**

4.1. Оплата медицинской помощи производится по завершению случая медицинской помощи (законченный случай), оказанной пациенту в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, по тарифам оплаты медицинской помощи, предусмотренным настоящим Тарифным соглашением.

4.2. Оплата амбулаторной помощи осуществляется по завершению случая медицинской помощи после фактического оказания всего необходимого объема медицинской помощи пациенту.

Оплате подлежат посещения врачей, оказывающих медицинскую помощь в рамках Программы ОМС, а также мероприятия по профилактике заболеваний, профилактических осмотров, диспансеризации отдельных категорий граждан, выполненные и учтенные в МО в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения.

4.2.1. По тарифам посещений оплачивается также медицинская помощь в следующих случаях:

посещение пациента на дому;  
 обращение с целью подбора и назначения способа контрацепции;  
 динамическое наблюдение за контактными лицами в  
 эпидемиологическом очаге (источник инфекции);



профилактические и предварительные медицинские осмотры детей и подростков до 18 лет, студентов и учащихся очных форм обучения;

врачебные осмотры при проведении диспансеризации отдельных категорий граждан;

врачебные осмотры при проведении диспансеризации лиц с хроническими заболеваниями;

врачебные осмотры граждан, проводимые в МО при постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе;

при оказании неотложной медицинской помощи.

4.2.2. Не подлежат оплате за счет средств ОМС обращения граждан в МО в следующих случаях:

повторное обращение пациента в течение одного дня к врачу одной специальности в одной и той же МО;

обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические в течение трудовой деятельности медицинские осмотры работающих граждан и граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

амбулаторные посещения в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других МО в рамках стандартов оказания медицинской помощи);

4.2.3. Профилактические медицинские осмотры, включая лабораторные исследования, детей и подростков до 18 лет, студентов и учащихся очных форм обучения, случаи диспансеризации отдельных категорий граждан предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения по тарифам посещений специалистов и набора выполненных диагностических услуг. При этом в паспортной части реестра оказанной медицинской помощи указывается диагноз, а также данные врача, делающего медицинское заключение. Данные виды медицинской помощи подлежат оплате из средств ОМС при условии включения их в Программу ОМС на соответствующий год.

## **5. Структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее предоставления**

Установить следующую структуру финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования по условию ее предоставления:



Таблица 7

Наименование статьи расходов	Условия предоставления медицинской помощи		
	Медицинская помощь в амбулаторных условиях, %	Стационарная медицинская помощь, %	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров всех типов, %
1	2	3	4
Всего	100,0	100,0	100,0
211 - заработная плата	63,7	42,4	47,6
212 - прочие выплаты (суточные при командировках)	0,2	0,2	0,2
213 - начисления на оплату труда	14,9	10,8	14,3
221 - оплата услуг связи	0,1	0,1	0,1
222 - транспортные услуги (оплата проезда при командировках)	0,8	0,8	0,1
223 - коммунальные услуги	10,5	22,7	10,7
224 - расходы на арендную плату за пользование имуществом	0	0	0
225 - работы и услуги по содержанию имущества	2,4	2,3	0,1
226 - расходы по оплате договоров на оказание услуг в части: - стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);			
- оплата за учебу; - оплата программного обеспечения и прочих услуг	1,0	3,1	0,1



1	2	3	4
290 - прочие расходы	0	0	0
310- увеличение стоимости основных средств: - расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу; - расходы на приобретение медицинской мебели	0,5	0,5	0,1
340 - увеличение стоимости материальных запасов: Оплата договоров на приобретение объектов, относящихся к материальным запасам: - лекарственные препараты, перевязочные средства, медицинские изделия; - расходные материалы; - продукты питания; - мягкий инвентарь; - прочие материальные запасы, включающие в себя: горюче-смазочные материалы, строительные материалы	5,9	17,1	26,7

## 6. Заключительные положения

6.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента подписания и, по договоренности Сторон, распространяется на правоотношения, возникшие с 01 января 2014 года, действуя до 31 декабря 2014 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2014 года.

6.2. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения, согласованные Сторонами. Изменения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

6.3. Индексация (или перерасчет) тарифов осуществляется в следующих случаях:

при увеличении доходов бюджета ТФОМС города Байконур, предназначенных на финансовое обеспечение Программы ОМС (применяется повышающий коэффициент);




при изменении нормативных правовых актов Российской Федерации и нормативных правовых актов администрации города Байконур, регламентирующих приобретение расходных материалов, лекарственных препаратов и перевязочных средств, медицинских изделий и инструментария, организацию питания.


6.4. Настоящее Тарифное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы ОМС города Байконур. Составлено в шести экземплярах по одному из каждой сторон и ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России.

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

#### От администрации города Байконур


Заместитель Главы администрации города Байконур		А.П. Петренко
	«11» 02 2014 г.	

#### От Городского управления здравоохранения

Начальник Городского управления здравоохранения		О.М. Тимошенко
	«11» 02 2014 г.	


#### От ТФОМС города Байконур

Директор ТФОМС города Байконур		Н.А. Григорьева
	«16» 02 2014 г.	





**От ОАО «РОСНО-МС»**

Генеральный директор ОАО «РОСНО-МС»		Н.П. Галаничева
	«11» 02. 2014 г.	

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

Председатель Первичной профсоюзной организации комплекса «Байконур»		Н.П. Адасев
	«11» 02. 2014 г.	



## Приложение 1

к Тарифному соглашению на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год

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 №1006н от 03.12.2012г.)

Таблица 1

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)	653,06	1137,43	847,05	1460,80

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 №1006н от 03.12.2012г.)

Таблица 2

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)	272,57	701,53	466,56	1024,89



## Приложение 2

к Тарифному соглашению на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год

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 № 1006н от 03.12.2012)

Таблица 1

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации женщиной*);	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):		
	от 21 до 39	с 39 до 45	с 45 до 99
осмотр (консультация) врача - невролога	323,36	323,36	323,36
осмотр (консультация) врача - гинеколога	380,49	380,49	380,49
осмотр (консультация) врача - терапевта	272,57	272,57	272,57
осмотр (консультация) врача - офтальмолога		193,99	193,99
осмотр (консультация) врача - хирурга (врача-проктолога)			290,38

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 № 1006н от 03.12.2012)

Таблица 2

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	323,36	323,36	323,36	323,36
заключительный прием (осмотр) врача-терапевта	272,57	272,57	272,57	272,57
осмотр (консультация) врача - офтальмолога		193,99	193,99	193,99
осмотр (консультация) врача - хирурга (врача-проктолога)			290,38	290,38
осмотр (консультация) врача - хирурга (врача-уролога)				234,97

Расчет тарифа по II этапу диспансеризации осуществлен в соответствии с приказом Минздрава России № 1006н от 03.12.2012г. За посещения к врачам-специалистам, включающим в себя объемам исследований, установленных приказом Минздрава России № 1006н от 03.12.2012г.

\*) 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 в приказе Минздрава России № 1006н от 03.12.2012г.



### Приложение 3

к Тарифному соглашению на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год

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 № 216н от 11.04.2013)

Таблица 1

Пол пациента:	Тариф законченного случая (руб.)	Возраст 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
женский	1 обращение (включает посещения к врачам-специалистам)	2143,23	2285,33	3039,94	3039,94	3039,94	3039,94
мужской	1 обращение (включает посещения к врачам-специалистам)	2076,13	2218,23	2972,84	2972,84	2972,84	2972,84

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

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

Примечание: в соответствии с информационным письмом ФФОМС от 13.04.2013г. №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 № 72-н от 15.02.2013г.)



Приложение 4

к Тарифному соглашению на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год

Тарифы законченного случая для проведения расчетов по I этапу профилактических осмотров несовершеннолетних (по приказу Минздрава России № 1316н от 21.12.2012)

Таблица 1

Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды)	Стоимость законченного случая	
	мальчики	девочки
1	2	3
новорожденный	411,05	411,05
1 месяц	1314,5	1314,50
2 месяца	411,05	411,05
3 месяца	757,96	757,96
4 месяца	411,05	411,05
5 месяцев	411,05	411,05
6 месяцев	1049,52	1049,52
7 месяцев	411,05	411,05
8 месяцев	411,05	411,05
9 месяцев	411,05	411,05
10 месяцев	411,05	411,05
11 месяцев	411,05	411,05
12 месяцев	1690,52	1690,52
1 год 3 месяца	411,05	411,05
1 год 6 месяцев	411,05	411,05
1 год 9 месяцев	411,05	411,05
2 года	553,15	553,15
2 года 6 месяцев	411,05	411,05
3 года	1926,67	1993,77
4 года	702,61	702,61
5 лет	702,61	702,61
6 лет	1165,04	1165,04



1	2	3
7 лет	1926,67	1993,77
8 лет	411,05	411,05
9 лет	411,05	411,05
10 лет	2445,13	2445,13
11 лет	967,59	967,59
12 лет	647,20	714,30
13 лет	411,05	411,05
14 лет	2389,72	2456,82
15 лет	2334,37	2748,38
16 лет	2681,28	2748,38
17 лет	2681,28	2748,38

Все указанные в приказе Минздрава России № 1346-н от 21.12.2012г. 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 13.04.2013г. № 3267/30-1/и).

\*\*\*) Примечание: в соответствии с информационным письмом ФФОМС от 13.04.2013г. №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 № 1346-н от 21.12.2012г.)



## Приложение 5

к Тарифному соглашению на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год

### ПЕРЕЧЕНЬ

санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

№ п/п	Дефекты, нарушения	Санкции		Примечание
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшения оплаты, возмещения	Размер штрафа	
1	2	3	4	5
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>				
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	



1	2	3	4	5
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, обоснованно затраченных застрахованным лицом	



1	2	3	4	5
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом	
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц</b>				
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации, в том числе:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	



1	2	3	4	5
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации, в том числе:			



1	2	3	4	5
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	



1	2	3	4	5
2.4.6.	перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной скидкой со свободных цен.	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год	
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>				
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-	
3.2.3.	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, оформленного в установленном порядке);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-	



1	2	3	4	5
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС города Байконур
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	триста процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС города Байконур
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий			
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи		
3.3.2.	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, оформленного в установленном порядке).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС города Байконур
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи		



1	2	3	4	5
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи	-	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания		
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинских сроков оказания медицинской помощи		



1	2	3	4	5
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-	
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	Применяется по решению комиссии, созданной при ТФОМС города Байконур
3.12.	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.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством		пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	



1	2	3	4	5
<b>Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации</b>				
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	<p>Признаками фальсификации являются:</p> <p><b>Дописки</b> - вписывание текста в свободные места другим почерком.</p> <p><b>Исправления</b> (дат, текста, результатов анализов) - внесение новых записей поверх механически удаленных либо зачеркнутых ранее сделанных при несопадении с данными в другой медицинской документации (журналы, талоны пациента и т.д.)</p>



1	2	3	4	5
				<b>Вклейки</b> – наличие в медицинской документации листов отличающихся по фактуре, цвету, размеру, за исключением карт однократного приема. <b>Полное переформатирование</b> – несовпадение текста медицинской документации с заверенной в установленном порядке копией данного документа сделанного ранее.
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:			
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
4.6.2.	несоответствие сроков лечения согласно первичной медицинской документации застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией		
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>				
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			



1	2	3	4	5
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
<b>5.2.</b>	<b>Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:</b>			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи*	-	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	



1	2	3	4	5
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:			
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегитимированных видов медицинской деятельности, в том числе:			
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.5.2.	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	



1	2	3	4	5
5.5.3.	представление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.6.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.7.	<b>Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:</b>			
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-	
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-	
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	



1	2	3	4	5
5.7.5.	включения в реестр счетов следующих видов медицинской помощи, в том числе: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи) пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-	
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-	



## Приложение 6

к Тарифному соглашению на медицинские услуги, оказываемые по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2014 год

### ВРЕМЕННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

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

№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
<b>Раздел 1. НАРУШЕНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ</b>			
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.	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.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания <sup>1</sup> ;	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи <sup>1</sup>	
1.1.2.	более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий		
1.1.2.1.	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	

<sup>1</sup> После разбора и доказанные нарушения в установленном порядке



№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
1.1.2.2	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания <sup>1</sup> ;	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.	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.	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.	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
1.3.	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:		
1.3.1.	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.	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.	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.	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% возврата средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом



№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
1.4.2.	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
<b>Раздел 2. ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ</b>			
2.1.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.1.1.	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.	о показателях доступности и качества медицинской помощи.	-	25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
<b>Раздел 3. ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ/НАРУШЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>			
3.1.	Доказанные в установленном порядке:		
3.1.1.	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.	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	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
3.1.3.	несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленном 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.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.2.2.	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.	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.	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.3.2.	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.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).		



№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
3.4.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.4.2.	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.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.5.	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.	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.	Необоснованное 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.	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	



№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
<b>Раздел 4. ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ</b>			
4.1.	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
4.2.	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.	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.	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.4.2.	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета.	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.4.3.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета.	5% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
<b>Раздел 5. НАРУШЕНИЯ В ОФОРМЛЕНИИ И ПРЕДЪЯВЛЕНИИ НА ОПЛАТУ СЧЕТОВ И РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ</b>			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	



№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.7.	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.	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.	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	
5.2.3.	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.	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	



№ п/п	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
5.3.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.4.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	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.	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.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре.	100% стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	