

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о реализации территориальной программы
обязательного медицинского страхования
города Байконур на 2015 год

«23» 01 2015 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, Городское управление здравоохранения города Байконур в лице начальника Тимошенко О.М., действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора Григорьевой Н.А., действующего на основании Положения, филиал «Байконур-РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС» в лице руководителя Шамрай Н.М., действующего на основании Положения, Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» в лице председателя Адасева Н.П., действующего на основании Положения, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Тарифное соглашение о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2015 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Предмет Тарифного соглашения

Предметом Тарифного соглашения на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования, на 2015 год (далее – Программа ОМС) являются согласованные Сторонами вопросы тарифного регулирования оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), определение состава и структуры расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи согласно видам и статьям затрат, входящим в Программу ОМС, порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории города Байконур при оплате медицинской помощи и использования средств обязательного медицинского страхования.

1.2. Нормативное правовое регулирование

Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения развития и устойчивого функционирования системы ОМС в городе Байконур в соответствии со следующими нормативными правовыми актами:

Федеральным законом от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями);

Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями) (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);

Федеральным законом от 01 декабря 2014 г. № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;

Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями) (далее – Правила ОМС);

приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» (с изменениями);

информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации 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);

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).

постановлением Главы администрации города Байконур от 21 января 2015 года № 04 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2015 год»;

постановлением Главы администрации 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 от 19 января 2015 года № 1.

1.3. 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.

Медицинская организация в сфере ОМС (далее – МО), имеющая право на осуществление медицинской деятельности и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

Страховая медицинская организация (далее – СМО) – 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.

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

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

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).

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 с порядками оказания медицинской помощи и стандартами 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 70% от нормативной и с невыполнением необходимого объема медицинских мероприятий, установленных порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (выписка в связи с отказом больного от лечения, перевод пациента в другую медицинскую организацию или другое профильное отделение, подтвержденные 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.

Безрезультативные выезды – это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не найден адрес, указанный при вызове, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в медицинской помощи, больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи, больной увезен до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной отказался от помощи (осмотра), вызов отменен.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Способы оплаты медицинской помощи установлены в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2015 год, постановлением Главы администрации города Байконур от 21 января 2015 года № 04, в соответствии со ст. 35 Федерального закона от 29.10.2010 года № 326-ФЗ.

Медицинская помощь жителям города Байконур предоставляется по следующим способам оплаты:

1) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника):

- за единицу медицинской помощи - посещение, обращение (законченный случай);

2) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) - законченный случай лечения:

- за единицу медицинской помощи – случай госпитализации;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения):

- за единицу медицинской помощи - один пациенто-день;

4) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) - по подушевому нормативу финансирования, в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.2. Перечень медицинских организаций и применяемых в них способов оплаты медицинской помощи установлен в Приложении № 1 к Тарифному соглашению.

2.3 Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения, установлен в Приложении № 2 к Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи предусмотренные территориальной Программой обязательного медицинского страхования формируются в соответствии с методикой, установленной разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для всех страховых медицинских организаций и медицинских

организаций, независимо от организационно-правовой формы оказывающих медицинскую помощь в рамках Программы ОМС. В целях настоящего раздела под «тарифом» также понимается подушевой норматив финансирования (для скорой медицинской помощи).

3.2. Тарифы рассчитаны с учетом затрат медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи и потребляемых в процессе ее предоставления, и затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемых непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), мощности медицинской организации, территориальной удаленности, фактически оказанных объемов медицинской помощи и плановых (прогнозных) показателей на 2015 год в пределах средств, предусмотренных в бюджете ТФОМС на выполнение ТП ОМС.

Тарифы включают затраты МО в рамках выполнения плана-задания, установленного Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2015 год, связанные с оказанием медицинской помощи по Программе ОМС (за исключением затрат на оказание медицинской помощи сверх плана-задания).

3.3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции, полученной из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на оплату медицинской помощи, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

3.4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается с указанием долей расходования средств в процентах по направлениям в разрезе условий оказания медицинской помощи в соответствии с Приложением № 3 к Тарифному соглашению.

3.6. Порядок использования медицинскими организациями средств территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах установленной структуры тарифа установлен Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

3.7. В части оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливается:

3.7.1. в амбулаторных условиях:

по тарифам за единицу объема медицинской помощи

- **за посещение в соответствии с Приложением № 5**

- диспансеризация определенных групп взрослого населения в соответствии с Приказом МЗ РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» по I этапу (Приложение № 6), по II этапу (Приложение № 7);

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения в соответствии с Приказом МЗ РФ от 6.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (Приложение № 8);

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в соответствии с Приказом МЗ РФ от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (Приложение № 9);

- медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;

- профилактические (Приложение № 10),

- предварительные (Приложение № 11),

- периодические (Приложение № 12)

- первичная доврачебная и врачебная медико-санитарная, в том числе специализированная, медицинская помощь в неотложной форме в соответствии с Приложением № 13;

- за обращение (законченный случай) в соответствии с Приложением № 14

- за условную единицу трудоемкости (далее УЕТ) при оказании стоматологической помощи в соответствии с Приложением № 15;

3.7.2. в стационарных условиях:

- по тарифам на оплату законченных случаев лечения заболеваний в соответствии с Приложением № 16;

- по тарифам за койко-день для оплаты прерванных случаев лечения в соответствии с Приложением № 17;

3.7.3. в условиях дневного стационара:

- по тарифам на оплату за один пациенто-день в соответствии с Приложением № 18;

3.7.4. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации (Приложение № 19):

- по подушевому нормативу финансирования в рамках базовой программы ОМС;
- по тарифу за единицу объема медицинской помощи – за вызов – при осуществлении межтерриториальных расчетов.

4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества и рекомендации по его применению представлен в Приложении № 20.

4.2. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (в том числе для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации) и рекомендации по его применению представлен в Приложении № 21.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2015 года и действует до 31 декабря 2015 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2015 года, в том числе начатые ранее.

5.2. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения на основании решения Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, подписываются Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.3. 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.

5.4. 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.

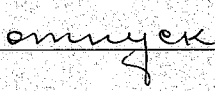

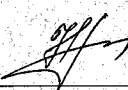
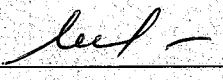
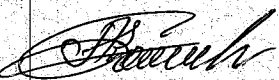
5.5. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

- Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций и применяемых в них способов оплаты медицинской помощи».
- Приложение № 2 «Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения».
- Приложение № 3 «Структура финансовых расходов».
- Приложение № 4 «Порядок использования медицинскими организациями средств территориальной программы обязательного медицинского страхования».
- Приложение № 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи с профилактической целью по посещениям».
- Приложение № 6 «Тарифы диспансеризации определенных групп взрослого населения I этап».
- Приложение № 7 «Тарифы диспансеризации определенных групп взрослого населения II этап».
- Приложение № 8 «Тарифы профилактического медицинского осмотра взрослого населения».
- Приложение № 9 «Тарифы диспансеризации детей-сирот I этап ».
- Приложение № 10 «Тарифы профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних I этап».
- Приложение № 11 «Тарифы предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних I этапа ».
- Приложение № 12 «Тариф периодического медицинского осмотра несовершеннолетних I этап ».
- Приложение № 13 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью по неотложной медицинской помощи ».
- Приложение № 14 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболевания (обращения) ».
- Приложение № 15 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в стоматологии по стоимости УЕТ ».
- Приложение № 16 «Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, по стоимости одного случая госпитализации».
- Приложение № 17 «Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, по стоимости одного койко-дня госпитализации».
- Приложение № 18 «Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по стоимости одного пациенто-дня».
- Приложение № 19 «Тарифы на оплату скорой медицинской помощи».

- Приложение № 20 «Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

- Приложение № 21 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи по ОМС (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации)».

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

Заместитель Главы администрации города Байконур	 _____	А.П. Петренко
Начальник Городского управления здравоохранения	 23.01.15г	О.М. Тимошенко
Директор ТФОМС города Байконур	 23.01.15г	Н.А. Григорьева
Руководитель филиала «Байконур-РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС»	 23.01.15г	Н.М. Шамрай
Председатель Первичной профсоюзной организации комплекса «Байконур»	 23.01.15г	Н.П. Адасев

**Перечень медицинских организаций оказывающих медицинскую помощь
по способам оплаты медицинской помощи в рамках реализации
Программы ОМС на 2015 год**

N п/п	Наименование медицинской организации	Круглосуточный	Дневной	Амбулаторна	Скорая
		стационар	стационар	я помощь	помощь
		<i>Случай госпитализации</i>	<i>пациенто- день</i>	<i>оплата за единицу объема- посещение, обращение</i>	<i>По подушевому нормативу, в сочетании с оплатой за вызов</i>
1	Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Центральная медико-санитарная часть № 1 Федерального медико- биологического агенства России" (ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России)	*	*	*	*

«13» 01 2015г.

Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур, в расчете на одно застрахованное лицо, определён на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, рассчитан в соответствии с разделом VII Постановления Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях круглосуточного стационара и условиях дневного стационара дифференцируются по врачебным профилям и специальностям, отдельно для взрослого и детского населения, путем применения относительных коэффициентов стоимости к установленному среднему нормативу Программы ОМС города Байконур.

1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

1.1. По тарифу за **посещение с профилактической** и иными целями № 5), в том числе:

- прохождение медицинских осмотров взрослым населением и несовершеннолетними;
- диспансеризация определенных групп взрослого населения и детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- посещения врачом пациента на дому в связи с диспансерным наблюдением, патронажем, активное посещение, включая консультации врачей-специалистов (не связанное с оказанием неотложной медицинской помощи);
- разовые посещения в целях получения направления на консультацию (в том числе однократное посещение врача терапевта-участкового, врача педиатра-участкового, для получения направления к врачам специалистам), госпитализацию, получение справок, в том числе рецептов, оформление санаторно-курортной карты и других медицинских документов;
- случаи однократного консультирования и оказания медицинской помощи при количестве посещений не более 1, не связанные с оказанием неотложной медицинской помощи;
- врачебные осмотры граждан, проводимые 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, а также диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования по направлению военных комиссариатов.

В случае, если по итогам посещения с профилактической или иной целью выявлено наличие заболевания, состояния требующего медицинского вмешательства (при необходимости повторного обращения), случай оформляется как обращение по поводу заболевания, при этом посещение с профилактической или иной целью к оплате не предъявляется.

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения (Приложение № 8) I этап диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение № 9), I этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних (Приложение № 10, I этап предварительного медицинского осмотра несовершеннолетних (Приложение 11, периодический медицинский осмотр несовершеннолетних (Приложение № 12 предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, обследования и вынесения соответствующего заключения по тарифам за комплексное посещение. II этап профилактического и предварительного медицинских осмотров несовершеннолетних, II этап диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, является завершенным в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных при подозрении на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз который не может быть установлен при проведении I этапа и оплачивается по посещениям с профилактической целью. (Приложение № 5).

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по утвержденным тарифам за комплексное посещение (Приложение № 6) производится в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации или медицинского осмотра), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований).

Случай диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается в рамках государственного задания в соответствии с Федеральным Законом № 83-ФЗ от 08.05.2010 г.

Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в

порядке, установленном для диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

1.2. По тарифу за посещение при оказании медицинской помощи в **неотложной форме** оплачиваются вызовы на дом фельдшера, врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной или скорой медицинской помощи, а также медицинская помощь, оказанная в кабинете неотложной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Оплата за посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме осуществляется по (Приложение № 13).

1.3. По тарифу за **обращение** в связи с заболеванием (Приложение № 14 Обращение по поводу заболевания - оказание первичной доврачебной (оказываемой зубными врачами), врачебной медико-санитарной, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, при количестве посещений не менее двух по поводу одного заболевания (от 2,6 до 3,2), с завершенным результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу, (за исключением стоматологии).

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).

Обращение по поводу заболевания считается законченным при достижении результата обращения, предусмотренного пунктом 17 Талона амбулаторного пациента: 1 - выздоровление; 2 - улучшение; 3 - динамическое наблюдения; направлен: 4 - на госпитализацию, 5 - в дневной стационар, 6 - стационар на дому.

Случаи консультативных приемов по поводу выявленного при первичном приеме заболевания с целью уточнения диагноза или определения тактики лечения включаются в законченный случай лечения независимо от количества посещений.

В обращение по поводу заболевания включаются посещения врачей-специалистов, выполняющих инструментально-диагностические, консультативные или лечебные услуги в пределах группы заболеваний по МКБ-10 соответствующего класса заболеваний.

МО ведет 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.

При формировании реестра, код врачебной специальности и тариф законченного случая соответствует специальности врача, закрывшего Талон амбулаторного пациента Код заболевания по МКБ-10 устанавливается по основному (уточненному) заболеванию.

При выявлении сопутствующего заболевания, требующего обследования и лечения, отнесенного к иной группе заболеваний по МКБ-10, формируется новый случай по общим правилам с оформлением нового Талона амбулаторного пациента, независимо от периода лечения по первоначальному заболеванию.

Оплате не подлежат посещения и обращения, в том числе

- 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;

- обращения при совпадении периодов лечения и кодов заболеваний в рамках группы заболеваний по МКБ-10;

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

1.4. При оказании стоматологической медицинской помощи (Приложение 15)

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

2. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях по тарифу за законченный случай лечения заболевания (Приложение № 16).

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 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).

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. При оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара по тарифу за один пациенто-день (Приложение № 18.

Тарифы на профильные пациенто-дни включают затраты средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями 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 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.

Заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств ОМС, в том числе в части приобретения расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

4. При оказании скорой медицинской помощи (Приложение № 19;

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи за счет средств ОМС на территории города Байконур осуществляется по подушевому нормативу на прикрепленное застрахованное население.

Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой МО города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифу стоимости одного вызова скорой медицинской помощи.

Безрезультатный выезд к оплате не предоставляется и не оплачивается, так как его стоимость включена в структуру тарифа на оплату скорой медицинской помощи.

Расчет размера подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 1 год осуществляется ТФОМС исходя из

численности застрахованных граждан, обслуживаемых соответствующей медицинской организацией, базового месячного тарифа, исходя из 1/12 суммы средств запланированных по территориальной программе ОМС в части оказания скорой медицинской помощи на 2015 год и утверждается в составе Тарифного соглашения.

5. В стационарных условиях и в условиях дневных стационаров осуществляется обеспечение граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, 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.

6. Способ оплаты **прерванных случаев лечения**, оказанной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляется по стоимости 1 койко-дня в соответствии с Приложением № 10, когда длительность лечения пациента составляет менее 70% от средней длительности пребывания одного больного в стационаре по профилям медицинской помощи, установленного Программой ОМС (приложение 10 (таблица 10.1.1) к Территориальной программе).

7. Структура тарифа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предусматривает оплату диагностических и (или) консультативных услуг, в том числе проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии.

8. Затраты на питание включены только при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Расходы на продукты питания включают все виды затрат, за исключением расходов на приобретение спецпитания для работающих во вредных условиях (молоко и другие равноценные продукты).

9. За счет средств ОМС не оплачиваются расходы на приобретении иммунобиологических препаратов, предназначенных для профилактики заболеваний.

10. Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования, (план-задание МО) согласно приложению 10 к Территориальной программе, с последующей корректировкой при ее обоснованности.

11. В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, 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.

Структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее предоставления

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	58,5-60,5	32,8-34,8	37,8-39,8
212 - прочие выплаты: - суточные при служебных командировках	0,1-0,2	0,1-0,2	0,1-0,2
213 - начисления на оплату труда	12,2-14,2	6,8-8,8	10,0-12,0
221 - услуги связи: - почтовые услуги; - плата за предоставление доступа и использование линий связи, передачу данных по каналам связи	0-0,1	0-0,1	0-0,1
222 - транспортные услуги: - оплата проезда к месту командировки и обратно к месту постоянной работы транспортом общего пользования	0,6-0,8	0,6-0,8	0-0,1
223 - коммунальные услуги	10,5-12,6	22,7-27,2	10,7-12,8
224 - арендная плата за пользование имуществом: - оплата аренды автомобилей в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды, имущественного найма, проката)	0	0	0
225 - работы, услуги по содержанию имущества: - текущий ремонт; - ремонт и техническое обслуживание транспортных средств; - заправка картриджей; - вывоз мусора и твердых бытовых отходов, включая расходы на оплату договоров,			

предметом			
<p>которых является вывоз и утилизация мусора (твердых бытовых отходов), если осуществление действий, направленных на их дальнейшую утилизацию (размещение, захоронение), согласно условиям договора, осуществляет исполнитель;</p> <p>- государственная поверка, паспортизация, клеймение средств измерений, в т.ч. весового хозяйства, манометров, термометров медицинских, уровнемеров, приборов учета, перепадомеров, измерительных медицинских аппаратов, спидометров;</p> <p>- дезинфекция</p>	2,0-2,4	2,0-2,3	0-0,1
<p>226 – прочие работы, услуги:</p> <p>- оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);</p> <p>- услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов;</p> <p>- услуги в области информационных технологий;</p> <p>- страхование транспортных средств;</p> <p>- техническое обслуживание оборудования (медицинского, информационно-аналитического);</p> <p>- услуги и работы по утилизации и захоронению отходов</p>	0,5-1,0	2,5-3,1	0-0,1
290 - прочие расходы	0	0	0
<p>310- увеличение стоимости основных средств:</p> <p>- расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу;</p> <p>- расходы на приобретение</p>	0,3-0,5	0,3-0,5	0-0,1

оборудования, которое согласно сертификату соответствия относится в соответствии с Классификацией основных средств к виду 14 3311320 «Оборудование для кабинетов и палат, оборудование для лабораторий и аптек»			
<p>340 - увеличение стоимости материальных запасов:</p> <p>Оплата договоров на приобретение объектов, относящихся к материальным запасам:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медикаменты и перевязочные средства; - продукты питания; - мягкий инвентарь; - медицинский инструментарий, реактивы и химикаты; - запасные части и (или) составные части для машин, оборудования, оргтехники, вычислительной техники в т.ч. стоимостью свыше 100 тысяч рублей; - горюче-смазочные материалы; - строительные материалы; - приобретение бланочной продукции (за исключением бланков строгой отчетности); - канцелярские товары; - хозяйственный инвентарь 	5,9-7,7	17,1-22,2	26,7-34,7

Порядок использования медицинскими организациями средств территориальной программы обязательного медицинского страхования

1. Настоящий порядок использования медицинскими организациями средств территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) определяет состав тарифа по обязательному медицинскому страхованию, направления использования полученных медицинскими организациями средств в соответствии с установленной территориальной программой обязательного медицинского страхования структурой тарифа. По тексту настоящего Порядка под «тарифом» также понимается подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (в амбулаторных условиях) и подушевой норматив финансирования (для скорой медицинской помощи).

2. В части расходов по заработной плате, прочим выплатам и начислениям на выплаты по оплате труда за счет средств ОМС финансируются:

2.1. В медицинской организации, реализующих территориальную программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в рамках коллективных договоров, соглашений, локальных нормативных актов в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, регламентирующими вопросы оплаты труда работников.

2.2. При распределении средств на заработную плату работников медицинских организаций не учитываются и в структуру тарифа не входят:

- премии, выплаты и/или доплаты к заработной плате работников, за рамками нормативных правовых актов Российской Федерации и не предусмотренные коллективными договорами, трудовыми договорами, иными локальными нормативными актами организаций, регулирующих вопросы оплаты труда;

- оплата труда специалистов 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 по соответствующей специальности.

3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования включает перечень расходов медицинских организаций, определяемый в соответствии с Классификацией операций сектора государственного управления (далее - КОСГУ), утвержденной Приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации».

3.1. За счет средств обязательного медицинского страхования оплачиваются затраты МО в том числе:

Статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов».

- приобретение лекарственных препаратов в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания, Территориальным перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год, перечнем стоматологических расходных материалов на 2015 год;

- приобретение перевязочных средств в соответствии с рекомендованными нормативами потребления, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, стандартами оснащения, входящими в порядки оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи (при наличии);

- приобретение медицинского инструментария, относящегося к подклассу 94 3000 «Инструменты медицинские» Общероссийского классификатора продукции ОК 005 - 93 (утв. Постановлением Госстандарта России от 30.12.1993 N 301), в том числе металлоконструкции для травматологических и ортопедических операций, устройства для репозиции и фиксации;

- приобретение мягкого инвентаря, как используемого при оказании медицинской помощи, так и предназначенного для обеспечения хозяйственных нужд, соблюдения санитарных.

3.2. Медицинская организация при определении источника финансирования приобретения изделий медицинского назначения, медицинского инструментария, расходных материалов руководствуются Общероссийским классификатором продукции ОК 005 - 93 (утв. Постановлением Госстандарта России от 30.12.1993 N 301), а также товаросопроводительными документами на продукцию, определяющими их принадлежность к определенной группе товаров классификатора – сертификат соответствия, регистрационное удостоверение и т.д.

Взимание платы с граждан за расходные материалы, мягкий инвентарь и медицинский инструментарий, другие изделия медицинского назначения, используемые при оказании медицинской помощи по заболеваниям и состояниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования, не допускается.

4. Средства ОМС, полученные медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования, используются по направлениям расходования.

5. Использование МО средств ОМС 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 № 326-ФЗ.

**Тарифы на оплату медицинской помощи с профилактической
целью по посещениям**

Специальности	Взрослые	Дети
Кардиология и ревматология	367,42	392,13
Педиатрия	-	486,62
Терапия	322,68	-
Эндокринология	663,84	893,35
Аллергология и иммунология		690,29
Неврология	382,81	410,69
Инфекционные болезни	-	492,13
Хирургия	343,77	345,16
Травматолог-ортопед	-	417,40
Урология-андрология	278,17	279,56
Онкология	514,01	-
Акушерство-гинекология	450,45	359,01
Отоларингология	267,91	276,92
Офтальмология	229,66	313,70
Дерматология	277,19	357,38

Тариф законченного случая при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России №1006н от 03.12.2012г.)

Тариф законченного случая (руб.)	Возраст пациентки (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):			
	от 21 до 36	39 и 45	42, 48, 54, 60, 66, 72, 78 ,84, 90 и 96	51, 57, 63, 69,75, 81, 87, 93 и 99
женщин	773,13	1002,79	1002,79	1385,60
мужчин	322,68	552,34	552,34	935,15

Тарифы и перечень врачей-специалистов, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у женщин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 1006н от 03.12.2012г.)

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации женщиной);	Возраст пациентки (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):		
	от 21 до 39	с 39 до 45	с 45 до 99
врача- невролога	382,81	382,81	382,81
врача- гинеколога	450,45	450,45	450,45
врача- терапевта	322,68	322,68	322,68
врача- офтальмолога		229,66	229,66
врача- хирурга или (врача- проктолога)			343,77

Тарифы и перечень врачей-специалистов, при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у мужчин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 1006н от 03.12.2012г.)

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
врача- невролога	382,81	382,81	382,81	382,81
врача-терапевта	322,68	322,68	322,68	322,68
врача- офтальмолога		229,66	229,66	229,66
врача- хирурга или врача-проктолога			343,77	343,77
врача- уролога				278,17

Тарифы законченного случая при проведении профилактических осмотров взрослого населения расчетов по I этапу (по приказу Минздрава России № 1011н от 06.12.2012г.)

Стоимость законченного случая при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения	
Терапевт	322,68

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

Пол пациентки / пациента:	Возраст пациентки / пациента:					
	от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет	14 лет	от 15 до 17 лет
1	3	4	5	6	7	8
женский	2609,50	2797,98	3691,33	3691,33	3691,33	3691,33
мужской	2530,05	2718,53	3611,88	3611,88	3611,88	3611,88

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

Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды)	Стоимость законченного случая	
	мальчики	девочки
новорожденный	486,62	486,62
1 месяц	1556,17	1556,17
2месяца	486,62	486,62
3 месяца	1314,71	1314,71
4 месяца	486,62	486,62
5 месяцев	486,62	486,62
6 месяцев	1242,47	1242,47
7 месяцев	486,62	486,62
8 месяцев	486,62	486,62
9 месяцев	486,62	486,62
10 месяцев	486,62	486,62
11 месяцев	486,62	486,62
12 месяцев	2021,57	2021,57
1 год 3 месяца	486,62	486,62
1год 6 месяцев	486,62	486,62
1 год 9 месяцев	486,62	486,62
2 года	675,1	675,1
2 года 6 месяцев	486,62	486,62
3 года	2301,13	2380,58
4 года	831,78	831,78
5 лет	831,78	831,78
6 лет	1399,49	1399,49
7 лет	2718,53	2797,98
8 лет	486,62	486,62
9 лет	486,62	486,62
10 лет	3332,32	3332,32

11 лет	1145,48	1145,48
12 лет	766,18	845,63
13 лет	486,62	486,62
14 лет	2849,32	2928,77
15 лет	3611,88	3691,33
16 лет	3611,88	3691,33
17 лет	3611,88	3691,33

Тариф законченного случая, при проведении предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (по Приказу МЗ РФ от 21.12.2012г. № 1346н)

Стоимость законченного случая	Перечень типов образовательных учреждений, при поступлении в которые проводятся предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних		
	Дошкольные образовательные учреждения	Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей)
девочек	2380,58	2797,98	3691,33
мальчиков	2301,10	2718,50	3611,85

**Тариф законченного случая, при проведении периодических
медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу
(по Приказу МЗ РФ от 21.12.2012г. № 1346н)**

Стоимость законченного случая	Перечень типов образовательных учреждений, при поступлении в которые проводятся предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних		
	Дошкольные образовательные учреждения	Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей)
Педиатр	486,62	486,62	486,62

**Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях
с профилактической целью по неотложной медицинской помощи**

Специальности	Взрослые	Дети
1	2	3
Неотложная медицинская помощь*	494,19	494,19

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

**Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях
по поводу заболевания (обращения)**

Специальности	Взрослые	Дети
Кардиология и ревматология	1 018,22	1 086,70
Педиатрия	-	1 620,88
Терапия	696,47	-
Эндокринология	2 688,80	3 618,37
Аллергология	-	2 667,14
Неврология	1 040,48	1 116,24
Инфекционные болезни	1 355,42	1 376,95
Онкология	1 287,50	-
Хирургия	861,07	864,57
Урология	489,21	-
Акушерство-гинекология	1 860,47	1 482,80
Отоларингология	713,89	737,91
Офтальмология	483,45	660,38
Дерматология	782,94	1 009,46

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в стоматологии по стоимости УЕТ

Специальности	Взрослые	Дети
1	2	3
Стоматология 1 УЕТ	302,12	376,96
Стоматология (посещения с профилактической целью) в УЕТ (0,5)	151,06	188,48

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, по стоимости одного случая госпитализации

Профиль медицинской помощи	Взрослые	Дети
Кардиология	30 067,76	30 535,50
Гастроэнтерология	29 053,96	-
Эндокринология	26 895,63	-
Аллергология и иммунология	23 706,44	-
Педиатрия	-	24 041,37
Терапия	24 323,00	-
Неонатология*	-	73 429,60
Травматология и ортопедия (травм. койки)	34 654,70	-
Урология (дет.урология-андрология)	22 895,58	-
Нейрохирургия	27 033,14	29 272,02
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	22 055,00	19 496,38
Хирургия (абдоминальная, транспл.органов и тканей, пластич. хирургия)	22 738,97	24 329,26
Онкология, радиология и радиотерапия	45 732,23	-
Акушерство и гинекология (гинекологические койки)	18 794,04	-
Оториноларингология	16 533,26	17 078,84
Офтальмология	19 895,71	20 459,89
Неврология	29 468,25	-
Дерматовенерология (дерматолог.койки)	24 197,71	-
Инфекционные болезни	19 433,18	21 111,83
Акушерство и гинекология (койки для беременных и родов)**	21 442,46	
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	32 339,24	-

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

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

Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, по стоимости одного койко-дня госпитализации

Профиль медицинской помощи	Взрослые	Дети
1	2	3
Кардиология	2 367,54	2 404,37
Гастроэнтерология	2 462,20	
Эндокринология	2 338,75	-
Аллергология и иммунология	2 549,08	
Педиатрия	-	2 530,67
Терапия	2 338,75	-
Неонатология	-	3 009,41
Травматология и ортопедия (травм. койки)	2 912,16	-
Урология (детская урология-андрология)	2 488,65	-
Нейрохирургия	2 730,62	2 956,77
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	2 722,84	2 406,96
Хирургия (абдоминальная, транспл. органов и тканей, пластич. хирургия)	2 707,02	2 896,34
Онкология, радиология и радиотерапия	3 491,01	-
Акушерство и гинекология	3 080,99	-
Оториноларингология	2 467,65	2 549,08
Офтальмология	2 688,61	2 764,85
Неврология	2 338,75	-
Дерматовенерология (дерматологич. койки)	2 141,39	-
Инфекционные болезни	2 591,09	2 814,91
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)	3 298,84	
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	3 404,13	-

Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по стоимости одного пациенто-дня

Специальности	Взрослые	Дети
1	2	3
Педиатрия	-	1 493,02
Терапия	1 124,39	-
Неврология	1 120,29	-
Хирургия	1 555,64	-
Онкология**	16 000,00	-
Урология	1 311,21	-
Стоматология	1 828,09	-
Акушерство-гинекология	1 667,42	-
Оториноларингология	1 308,30	1 383,62
Дерматология	1 118,31	-
Нефрология *	5 000,00	-

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

**)Проведения лечения пациентов препаратом золендроновая кислота (зомета).

Приложение № 19
к тарифному соглашению на 2015 год
«13» 01 2015г.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

Специальности	По подушевому нормативу на застрахованных в г. Байконур	По тарифу на застрахованных в других субъектах Российской Федерации
1	2	3
Скорая медицинская помощь	598,14	1880,96

ПЕРЕЧЕНЬ

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

Код дефекта (№ в НСИ)	Дефекты, нарушения	Санкции		Примечание
		Сумма, не подлежащая оплате уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа	
1	2	3	4	5
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц				
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1. (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. (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. (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. (4)	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 и расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.2.2. (5)	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 и 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 объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1 (6)	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 и расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.3.2. (7)	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 и расчете на одно застрахованное лицо в год	
1.4. (8)	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 возмрат средств, обоснованно зчитанных застрахованным лицом	

1	2	3	4	5
1.5. (9)	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, обоснованно затраченных застрахованным лицом	
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц				
2.1 (10)	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. (11)	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. (12)	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. (13)	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. (14)	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. (15)	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. (16)	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. (17)	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. (18)	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. (19)	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. (20)	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. (21)	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. (22)	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. (23)	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	
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи				
3.1. (24)	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. (25)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
3.2.2. (26)	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. (27)	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 имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-	

1	2	3	4	5
3.2.4. (28)	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	
3.2.5. (29)	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	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий			
3.3.1. (30)	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. (31)	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	
3.4. (32)	Прекращение с клинической точки зрения прекращения 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. (33)	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. (34)	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. (35)	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	Применяется при госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация) в дневной стационар, медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях

1	2	3	4	5
3.8. (36)	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. (37)	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 медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи		
3.10. (38)	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. (39)	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	

1	2	3	4	5
3.12. (40)	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. (41)	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. (42)	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	
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации				
4.1. (43)	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. (44)	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	-	Данный код дефекта применяется при проведении контроля качества (МЭЭ, ЭКМП)

1	2	3	4	5
4.3. (45)	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. (46)	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>Дописки - вписывание текста в свободные места другим почерком.</p> <p>Исправления (лат, 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> <p>Вклейки — наличие в медицинской документации листов отличающихся по фактуре, цвету, размеру, за исключением карт однократного приема.</p> <p>Полное переоформление — несоответствие текста медицинской документации с заверенной в установленном порядке копией данного документа</p>

1	2	3	4	5
4.5. (47)	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 территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации документам, в том числе:			
4.6.1. (48)	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 территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год	
4.6.2. (49)	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		
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов				
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1. (50)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.2. (51)	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.3. (52)	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.4. (53)	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	

1	2	3	4	5
5.1.5. (54)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.1.6. (55)	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:			
5.2.1. (56)	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. (57)	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. (58)	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. (59)	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.2.5. (60)	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. (61)	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. (62)	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. (63)	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. (64)	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. (65)	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 нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:			
5.5.1. (66)	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	-	

1	2	3	4	5
5.5.2. (67)	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-	
5.5.3. (68)	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. (69)	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.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:			
5.7.1. (70)	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. (71)	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-	

1	2	3	4	5
5.7.3. (72)	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 обоснованно	-	
5.7.4. (73)	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	-	
5.7.5. (74)	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 обоснованно	-	
5.7.6. (75)	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 обоснованно	-	

ПЕРЕЧЕНЬ

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

Код дефекта (№ в НСИ)	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
Раздел 1. НАРУШЕНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ			
6.1.	Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи:		
6.1.1.	от 50 до 100 процентов от норматива, установленного программой государственных гарантий		
6.1.1.1 (76)	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	
6.1.1.2. (77)	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания ¹ ;	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.1.2.	более 100 процентов от норматива, установленного программой государственных гарантий		
6.1.2.1 (78)	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	

¹ После разбора и доказанные нарушения в установленном порядке

6.1.2.2 (79)	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.2.	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:		
6.2.1 (80)	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
6.2.2 (81)	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
6.2.3 (82)	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
6.3.	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:		
6.3.1 (83)	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
6.3.2 (84)	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
6.3.3 (85)	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
6.4.	взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь:		
6.4.1 (86)	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% возврата средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом

6.4.2 (87)	при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой ОМС.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% возврата средств необоснованно затраченных застрахованным лицом
Раздел 2. ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ			
6.5	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
6.5.1 (88)	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
6.5.2 (89)	о показателях доступности и качества медицинской помощи.	-	25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
Раздел 3. ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ/НАРУШЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ			
6.6	Доказанные в установленном порядке:		
6.6.1 (90)	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
6.6.2 (91)	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

6.6.3 (92)	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
6.7	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:	пациенту	диагностических и (или)
6.7.1 (93)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.7.2 (94)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.7.3 (95)	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
6.8	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:		
6.8.1 (96)	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.8.2 (97)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.8.3 (98)	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

6.9	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).		
6.9.1 (99)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.9.2 (100)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.9.3 (101)	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.10 (102)	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	
6.11 (103)	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	
6.12 (104)	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное «значение 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	
6.13 (105)	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 помощи на госпитальном этапе	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

Раздел 4. ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ			
6.14 (106)	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
6.15 (107)	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	
6.16 (108)	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление, с умысленным 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
6.17	Несоответствие данных реестра счетов на оплату медицинской документации данным счета и скорой медицинской помощи, в том числе:		
6.17.1 (109)	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.17.2 (110)	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета.	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.17.3 (111)	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета.	5% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
Раздел 5. НАРУШЕНИЯ В ОФОРМЛЕНИИ И ПРЕДЪЯВЛЕНИИ НА ОПЛАТУ СЧЕТОВ И РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ			
6.18	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
6.18.1 (112)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета,	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

6.18.2 (113)	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.3 (114)	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.4 (115)	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.5 (116)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.6 (117)	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.18.7 (118)	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.19	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
6.19.1 (119)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.19.2 (120)	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	
6.19.3 (121)	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	
6.19.4 (122)	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	

6.20 (123)	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.21 (124)	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	
6.22	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
6.22.1 (125)	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	
6.22.2 (126)	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре.	100% стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	