

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

## **о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2016 год**

22 января 2016 г.

г. Байконур

Администрация города Байконур в лице 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 в лице начальника Тимощенко 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 Лариной С.Н., действующего на основании Положения, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2016 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

### **1. Общие положения**

#### **1.1. Предмет Тарифного соглашения**

Предметом Тарифного соглашения на 2016 год 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 Территориальную программу обязательного медицинского страхования города Байконур на 2016 год (далее – Программа 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 14 декабря 2015 г. № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год»;

постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;

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» (с изменениями);

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 21 декабря 2015 г. № 11-9/10/7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» (далее – Информационное письмо);

методическими рекомендациями Министерства здравоохранения и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (информационное письмо Минздрава России от 24 декабря 2015 г. № 11-9/10/2-7938») (далее – Рекомендации);

постановлением Главы администрации города Байконур от 17 декабря 2015 г. № 304 «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур»;

Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2016 год»;

постановлением Главы администрации города Байконур от 14 декабря 2015 г. № 291 «Об утверждении состава Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур и признании утратившими силу некоторых нормативных правовых актов администрации города Байконур»;

протоколом заседания Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур от 18 декабря 2015 года № 12.

### **1.3. Основные понятия**

**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 города Байконур** – определяет права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории города Байконур, соответствующая единым требованиям базовой программы 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, оказываемой по поводу заболеваний в амбулаторных условиях по законченному случаю (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2, когда цель обращения достигнута).

**Случай лечения** – единица объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, предусматривающая медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующая круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

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

**Законченный случай лечения** – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, оказываемых в стационарных условиях, предусматривающих 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 в стационарных условиях и условиях дневного стационара с фактической длительностью лечения менее 70% от нормативной и с невыполнением необходимого объема медицинских мероприятий, установленных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, (выписка в связи с отказом пациента 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 Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2016 год, в соответствии со ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Установлены следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой жителям города Байконур в рамках Программы ОМС, по условиям ее оказания:

1) в амбулаторных условиях, в том числе на дому при вызове медицинского работника):

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

за единицу объема медицинской помощи – посещение, обращение (законченный случай при проведении диспансеризации, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС жителям города за пределами территории страхования);

2) в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – законченный случай лечения, включенного в соответствующую клинко-профильную группу заболеваний:

за единицу объема медицинской помощи – случай госпитализации; в случаях прерванного лечения – количество койко-дней;

3) в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) – законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний со средней продолжительностью лечения 8,6 дня;

за единицу объема медицинской помощи – случай лечения;

случаях прерванного лечения – количество пациенто-дней;

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;

за единицу объема медицинской помощи – 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, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых 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 Программой ОМС, формируются в соответствии с методикой, установленной разделом IX Правил обязательного медицинского страхования, на основе стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и являются едиными для всех СМО и МО, независимо от организационно-правовой формы, участвующих в реализации Программы ОМС.

В целях настоящего раздела под «тарифом» также понимается подушевой норматив финансирования (для медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также для скорой медицинской помощи).

3.2. Тарифы включают затраты МО в рамках выполнения плана-задания, установленного Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Байконур на 2016 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 Программы ОМС 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, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, 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.

3.5. Порядок использования медицинскими организациями средств Программы ОМС в пределах установленной структуры тарифа установлен приложением 4 к Тарифному соглашению.

3.6. В части оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Программы ОМС, устанавливается:

3.6.1. В амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;

по тарифам за единицу объема медицинской помощи:

за посещение\* в соответствии с приложением 5

диспансеризация определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом Минздрава России от 03 декабря 2012 г. № 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 Минздрава России от 06 декабря 2012 г. № 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 Минздрава России от 11 апреля 2013 г. № 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);

\*) Используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования, а также при оплате проведенной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, а также неотложной медицинской помощи

медицинские осмотры несовершеннолетних в соответствии с приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 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);

медицинская помощь в неотложной форме, оказываемая в амбулаторных условиях, в соответствии с приложением 13;

за обращение\* по поводу заболевания (законченный случай) в соответствии с приложением 14;

за условную единицу трудоемкости (далее УЕТ) при оказании стоматологической помощи в соответствии с приложением 15.

3.6.2. В стационарных условиях:

по тарифам на оплату случая госпитализации, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний, в соответствии с приложением 16;

по тарифам за койко-день для оплаты прерванных случаев лечения в соответствии с приложением 17.

3.6.3. В условиях дневного стационара:

по тарифам на оплату за случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний, в соответствии с приложением 18;

по тарифам за пациенто-день в случаях прерванного лечения в соответствии с приложением 19.

3.6.4. При оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в соответствии с приложением 20:

по подушевому нормативу финансирования в рамках 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 представлены в приложении 21

\*) Используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования

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 для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации и рекомендации по его применению представлен в приложении 22.

## **5. Заключительные положения**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2016 года и действует до 31 декабря 2016 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2016 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 жителей города Байконур. 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 и составлено в шести экземплярах по одному из каждой сторон и МО (ФГБУЗ ЦМСЧ № 1 ФМБА России).

5.5. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются:

приложение 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС на 2016 год»;

приложение 2 «Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения»;

приложение 3 «Структура финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее предоставления»;

приложение 4 «Порядок использования медицинскими организациями средств Программы ОМС»;

приложение 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи с профилактической целью по посещениям»;



приложение 6 «Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан)»;

приложение 7 «Тарифы и перечень врачей-специалистов при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по II этапу, проводимой у женщин и мужчин, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан)»;

приложение 8 «Тариф законченного случая при проведении профилактических осмотров взрослого населения по I этапу (приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н)»;

приложение 9 «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 (приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н)»;

приложение 10 «Тарифы законченного случая при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н)»;

приложение 11 «Тарифы законченного случая при проведении предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (приказ Минздрава России от 21.12.2012) № 1346н)»;

приложение 12 «Тариф законченного случая при проведении периодических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу (приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н)»;

приложение 13 «Тариф на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по неотложной медицинской помощи»;

- приложение 14 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу заболевания (обращения)»;

приложение 15 «Тариф 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 случая лечения»;

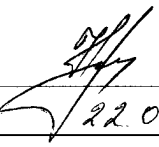
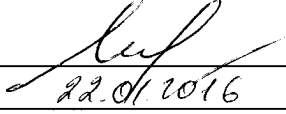

приложение 19 «Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по стоимости одного пациенто-дня»;

приложение 20 «Тариф на оплату скорой медицинской помощи»;

приложение 21 «Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

приложение 22 «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:**

Глава администрации города Байконур	<i>отпуск</i> _____	А.П. Петренко
Начальник Городского управления здравоохранения	 <u>22.01.2016</u>	О.М. Тимошенко
Директор ТФ ОМС города Байконур	 <u>22.01.2016</u>	Н.А. Григорьева
Руководитель филиала «Байконур-РОСНО-МС» ОАО «РОСНО-МС»	 <u>22.01.2016</u>	Н.М. Шамрай
Председатель Первичной профсоюзной организации комплекса «Байконур»	 <u>22.01.2016</u>	С.Н. Ларина

**Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС на 2016 год**

N п/п	Наименование медицинской организации	Круглосуточный стационар	Дневной стационар	Амбулаторная помощь	Скорая помощь
		<i>Случай госпитализации</i>	<i>Случай лечения</i>	<i>По подушевому нормативу в сочетании с оплатой за 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 агентства России" (ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России)	+	+	+	+

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016

### **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, определен 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 Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

1. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях финансирование осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

Оплата за единицу объема медицинской помощи применяется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории страхования, а также при оплате за проведенную диспансеризацию, профилактические мероприятия и неотложную медицинскую помощь.

Базовая ставка подушевого финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 2016 год, за исключением диспансеризации, профилактических мероприятий и неотложной медицинской помощи, составляет 2 896, 85 руб. в год на 1 человека.

1.1. По тарифу за **посещение с профилактической** и иными целями (приложение 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.

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, врачей-специалистов 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 тарифу в соответствии с приложением 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, 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 и дневном стационарах;

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 случай госпитализации согласно приложению 16).**

Оплата медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам в стационарных условиях по Программе ОМС, производится по тарифам, установленным за единицу объема медицинской помощи путем применения коэффициента относительной затратоемкости на основе клинко-профильных групп в соответствии с Рекомендациями.

Применены поправочные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи и управленческий коэффициент для тарифов на основе клинко-профильных групп в размере 1.

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 и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания 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 случая лечения (приложение 18).**

Оплата медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам в условиях дневного стационара по Программе ОМС, производится по тарифам, установленным за единицу объема медицинской помощи путем применения коэффициента относительной затратоемкости на основе клинико-профильных групп в соответствии с Рекомендациями.

Применены поправочные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи и управленческий коэффициент для тарифов на основе клинико-профильных групп в размере 1.

В случае прерванного лечения применяются тарифы на профильные пациенто-дни (приложение 19) 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 методом гемодиализа в условиях дневного стационара – законченный случай лечения, которым является случай лечения или один календарный месяц (включает в среднем 12 сеансов), проведенные за указанный период, оплачиваются по тарифу профиля медицинской помощи «Нефрология» (гемодиализ).



Заместительная почечная терапия методами гемодиализа 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.

Оплата за проведенную химиотерапию в условиях дневного стационара при злокачественных новообразованиях осуществляется по законченному случаю, которым является один курс лечения.

#### 4. При оказании **скорой медицинской помощи** (приложение 20);

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.

5. Расчет размера подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на 1 год осуществляется ТФ ОМС города Байконур, исходя из численности застрахованных граждан, обслуживаемых соответствующей МО, базового месячного тарифа, исходя из 1/12 суммы средств запланированных по Программе ОМС в части оказания скорой медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на 2016 год и утверждается в составе Тарифного соглашения.

6. 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.

7. Способ оплаты **прерванных случаев лечения**, оказанной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара осуществляется по стоимости 1 койко-дня и 1 пациенто-дня в соответствии с приложениями 17 и 19 в случаях, когда длительность лечения пациента составляет менее 70% от средней длительности пребывания одного

больного в стационаре и в дневном стационаре по профилям медицинской помощи.

8. 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.

9. 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).

10. За счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в случае выявления заболевания в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу, приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора с Министерством обороны Российской Федерации об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программам военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу.

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

12. Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур, (план-задание МО) согласно приложению 7 к Территориальной программе, с последующей корректировкой при ее обоснованности.

13. 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, %	Скорая медицинская помощь, %
1	2	3	4	5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0
211 - заработная плата	60,5	34,8	39,8	34,0
212 - прочие выплаты (суточные при командировках)	0,2	0,2	0,2	
213 - начисления на оплату труда	14,2	8,8	12,0	13,1
221 - оплата услуг связи	0,1	0,1	0,1	0,2
222 - транспортные услуги (оплата проезда при командировках)	0,8	0,8	0,1	
223 - коммунальные услуги	12,6	27,2	12,8	16,5
224 - расходы на арендную плату за пользование имуществом	0	0	0	0
225 - работы и услуги по содержанию имущества	2,4	2,3	0,1	5,8

1	2	3	4	5
<p>226 - расходы по оплате договоров на оказание услуг в части:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);</li> <li>- оплата за учебу;</li> <li>- оплата программного обеспечения и прочих услуг</li> </ul>	2,0	4,1	0,6	
<p>290 - прочие расходы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-на уплату налогов (включаемых в состав расходов), государственной пошлины и сборов;</li> <li>-на уплату штрафов, пеней за несвоевременную уплату налогов и сборов;</li> <li>-на возмещение морального вреда по решению судебных органов.</li> </ul>	0,5	0,5	0	0

1	2	3	4	5
310- увеличение стоимости основных средств: - расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу; - расходы на приобретение медицинской мебели	0,5	0,5	0,1	27,0
340 - увеличение стоимости материальных запасов: Оплата договоров на приобретение объектов, относящихся к материальным запасам: - лекарственные препараты, перевязочные средства, медицинские изделия; - расходные материалы; - продукты питания; - мягкий инвентарь; - прочие материальные запасы, включающие в себя: горюче-смазочные материалы, строительные материалы	6,2	20,7	34,2	3,4

## **Порядок использования медицинскими организациями средств Программы ОМС**

1. Настоящий порядок использования МО средств Программы ОМС (далее – Порядок) определяет состав тарифа по обязательному медицинскому страхованию, направления использования полученных МО средств в соответствии с установленной Программой ОМС структурой финансовых затрат на единицу медицинской помощи по условиям ее предоставления.

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 МО, реализующей 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 МО 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 финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее предоставления в рамках Программы ОМС включает перечень расходов МО, определяемый в соответствии с Классификацией операций сектора государственного управления (далее - КОСГУ), утвержденной приказом Минфина России от 01 июля 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 2016 год, перечнем стоматологических расходных материалов на 2016 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 декабря 1993 г. № 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 норм.

3.2. МО 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 декабря 1993 г. № 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 при заболеваниях и состояниях, входящих в Программу ОМС, 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 ТФ ОМС города Байконур в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ (с изменениями).

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.04.2016**Тарифы на оплату медицинской помощи с профилактической  
целью по посещениям**

руб.

Специальности	Взрослые	Дети
Кардиология и ревматология	409,15	436,66
Педиатрия	-	541,89
Терапия	359,33	-
Эндокринология	739,24	-
Неврология	426,29	457,33
Инфекционные болезни	539,45	548,02
Хирургия	382,81	384,36
Травматолог-ортопед	-	464,81
Урология-андрология	309,76	311,31
Онкология	572,39	-
Акушерство-гинекология	501,61	399,78
Отоларингология	298,33	308,37
Офтальмология	255,74	349,33
Дерматология	308,67	397,97



**Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации  
определенных групп взрослого населения по I этапу, с учетом  
дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды  
( приказ Минздрава России от 03.02.2015 №36ан)**

руб.

Пол	Возраст	Стоимость законченного случая*
м	21,24,27,30,33	1189,16
м	78,84,90,96	1366,48
м	36,42	1426,00
м	48,54,60,66,72	1563,02
м	39,45,81,87,93,99	2049,10
м	51,57,63,69,75	2243,78
Пол	Возраст	Стоимость законченного случая*
ж	21,24,27,30,33,36,78,84,90,96	1325,56
ж	42,72	1812,56
ж	48,54,60,66,81,87,93,99	2060,01
ж	39,45,69,75	2608,71
ж	51,57,63	2804,88

- Стоимость законченного случая при проведении диспансеризации взрослого населения рассчитана согласно приложению 7 письма Минздрава России от 24.12.2015 №11-9/10/2-7938 и коэффициента дифференциации, установленного на федеральном уровне.

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016

**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 (приказ Минздрава России от 03.02.2015г № 36ан)**

руб.

Стоимость 1 посещения (разового) к врачу-специалисту при прохождении II этапа диспансеризации женщиной);	Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды):		
	от 21 до 39	с 39 до 75	с 75 до 99
врача - невролога	426,29	426,29	426,29
врача - хирурга или (врача-проктолога)	382,81	382,81	382,81
врача - гинеколога	501,61	501,61	501,61
врача-отоларинголога			298,33
врача - офтальмолога		255,74	255,74
врача - терапевта	359,33	359,33	359,33

**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 (приказ Минздрава России от 03.02.2015г. № 36ан)**

руб.

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 лет и 72 года	с 42 до 72	с 75 до 99
врача - невролога	426,29	426,29	426,29	426,29
врача-уролога			309,76	
врача - хирурга или врача-проктолога	382,81	382,81	382,81	382,81
врача - отоларинголога				298,33
врача - офтальмолога		255,74	255,74	255,74
врача-терапевта	359,33	359,33	359,33	359,33

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016

**Тариф законченного случая при проведении профилактических осмотров  
взрослого населения по I этапу (приказ Минздрава России  
от 06.12.2012 № 1011н)**

Стоимость законченного случая при проведении профилактических медицинских осмотров взрослого населения, руб.	
Терапевт	359,33

к Тарифному соглашению 2016 год  
от 22.01.2016

**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  
(приказ Минздрава России от 11.04.2013 № 216н)**

руб.

Пол пациентки/ пациента:	Тариф законченного случая (руб.)*	Возраст пациентки / пациента:					
		от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет*	14 лет*	от 15 до 17 лет*
женский	1 обращение (включает посещения к врачам- специалистам)	2870,24	3055,58	3055,58	3055,58	3055,58	3055,58
мужской	1 обращение (включает посещения к врачам- специалистам)	2817,40	3002,74	3002,74	3002,74	3002,74	3002,74

\*) В стоимость законченного случая проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью не включен осмотр врача-эндокринолога, ввиду отсутствия лицензии на данный вид медицинской деятельности.

**Тарифы законченного случая при проведении  
профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу  
(приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н)**

руб.

Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды)	Стоимость законченного случая*	
	мальчики	девочки
1	2	3
новорожденный	541,89	541,89
1 месяц	1732,91	1732,91
2 месяца	541,89	541,89
3 месяца	1464,03	1416,62
4 месяца	541,89	541,89
5 месяцев	541,89	541,89
6 месяцев	1383,58	1383,58
7 месяцев	541,89	541,89
8 месяцев	541,89	541,89
9 месяцев	541,89	541,89
10 месяцев	541,89	541,89
11 месяцев	541,89	541,89
12 месяцев	2226,62	2226,62
1 год 3 месяца	541,89	541,89
1 год 6 месяцев	541,89	541,89
1 год 9 месяцев	541,89	541,89
2 года	727,23	727,23
2 года 6 месяцев	541,89	541,89
3 года	2537,93	2626,40
4 года	926,25	926,25
5 лет	926,25	926,25
6 лет	1533,89	1533,89

1	2	3
7 лет	3002,74	3043,80
8 лет	541,89	541,89
9 лет	541,89	541,89
10 лет	2691,43	2644,02
11 лет	1275,58	1275,58
12 лет	853,20	941,67
13 лет	541,89	541,89
14 лет	2153,57	2242,04
15 лет	3002,74	3002,74
16 лет	3002,74	3002,74
17 лет	3002,74	3002,74

\*) В стоимость законченного случая проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в определенные возрастные периоды не включен осмотр врача-эндокринолога ввиду отсутствия лицензии на данный вид медицинской деятельности.

**Тарифы законченного случая при проведении  
предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу  
(приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 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	2626,40	3091,21	3091,21*
мальчиков	2537,93	3002,74	3002,74*

\*)В стоимость законченного случая проведения предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних не включен осмотр врача-эндокринолога ввиду отсутствия лицензии на данный вид медицинской деятельности

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016

**Тариф законченного случая при проведении  
периодических медицинских осмотров несовершеннолетних по I этапу  
(приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н)**

руб.

Стоимость законченного случая	Перечень типов образовательных учреждений, при поступлении в которые проводятся периодические 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	541,89	541,89	541,89



к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016**Тариф на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях  
по неотложной медицинской помощи**

Специальности	Взрослые	Дети
Неотложная медицинская помощь*	548,12	

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

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016**Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях  
по поводу заболевания (обращения)**

руб.

<b>Специальности</b>	<b>Взрослые</b>	<b>Дети</b>
Кардиология и ревматология	1001,34	1068,68
Педиатрия	-	1594,00
Терапия	684,93	-
Эндокринология	2644,21	-
Неврология	1023,22	1097,74
Инфекционные болезни	1332,94	1354,12
Хирургия	846,80	850,23
Травматолог-ортопед	846,80	1028,18
Онкология	1266,15	-
Урология	481,10	-
Акушерство-гинекология	1829,63	1458,21
Отоларингология	702,05	725,68
Офтальмология	475,44	649,43
Дерматология	769,95	992,73

**Тариф на оплату медицинской помощи в амбулаторных  
условиях в стоматологии по стоимости УЕТ**

Специальности	руб.	
	Взрослые	Дети
Стоматология 1 УЕТ	297,12	370,68
Стоматология (посещения с профилактической целью) в УЕТ(0,5)	148,56	185,34

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016

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

руб.

Профиль медицинской помощи	Взрослые	Дети
1	2	3
Кардиология	31703,37	-
Гастроэнтерология	29799,75	-
Эндокринология	31774,29	-
Аллергология и иммунология	15433,23	-
Педиатрия	-	27235,11
Терапия	28298,98	-
Неонатология	-	50384,95
Травматология и ортопедия (травматологические койки)	36923,43	-
Урология (детская урология-андрология)	27235,11	-
Нейрохирургия	34043,88	40852,66
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	26781,19	22468,96
Онкология, радиология и радиотерапия	44484,01	-
Акушерство и гинекология	23830,72	24284,64
Оториноларингология	24681,82	25175,45
Офтальмология	22185,26	22707,27
Неврология	31774,29	32409,78
Дерматовенерология (дерматологические койки)	29504,70	29958,62
Инфекционные болезни	22128,52	22497,33
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)*	21561,13	-
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	28823,82	-
Хирургия	27830,88	33707,85

\*) 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 рожениц)», утвержденного Приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016**Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях  
по стоимости одного койко-дня госпитализации**

руб.

<b>Профиль медицинской помощи</b>	<b>Взрослые</b>	<b>Дети</b>
Кардиология	2935,50	-
Гастроэнтерология	2759,24	-
Эндокринология	2739,16	-
Аллергология и иммунология	1528,04	-
Педиатрия	-	3166,87
Терапия	2801,88	-
Неонатология	-	4164,05
Травматология и ортопедия (тр. койки)	3356,68	-
Урология (детская урология-андрология)	3060,12	-
Нейрохирургия	3181,67	3818,01
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	3478,08	2918,05
Онкология, радиология и радиотерапия	4118,89	-
Акушерство и гинекология	3782,65	3854,70
Оториноларингология	3247,61	3312,56
Офтальмология	3262,54	3339,30
Неврология	2625,97	2678,49
Дерматовенерология (дерматологические койки)	2398,76	2435,66
Инфекционные болезни	3116,69	3168,64
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц)	3850,20	-
Акушерство и гинекология (койки патологии беременности)	3443,35	-
Хирургия	3127,07	3787,40

к Тарифному соглашению на 2016 год  
от 22.01.2016

**Тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара  
по стоимости одного случая лечения**

руб.

Специальности	Взрослые	Дети
Педиатрия	-	14857,13
Терапия	12136,44	-
Неврология	12197,94	12297,94
Хирургия	15717,23	19680,71
Урология	13393,82	-
Стоматология	12163,77	-
Акушерство-гинекология	13120,47	-
Травматология и ортопедия	12197,94	-
Дерматология	11616,08	-
Оториноларингология	13393,82	13493,82
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц и патологии беременных)	13120,47	-
Онкология, радиология, радиотерапия*	13831,17	-
Нефрология **	7074,20	-

\*) Проведение курса химиотерапии

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

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

руб.

Специальности	Взрослые	Дети
Педиатрия	-	1727,57
Терапия	1411,21	-
Неврология	1418,37	1429,99
Хирургия	1827,58	2288,45
Урология	1557,42	-
Стоматология	1414,39	-
Акушерство-гинекология	1525,64	-
Травматология и ортопедия	1418,37	-
Дерматология	1350,71	-
Оториноларингология	1557,42	1569,05
Акушерство и гинекология (койки для беременных и рожениц и патологии беременных)	1525,64	-

**Тариф на оплату скорой медицинской помощи**

руб.

<b>Вид медицинской помощи</b>	<b>По подушевому нормативу на застрахованных в г. Байконур</b>	<b>По тарифу на застрахованных в других субъектах Российской Федерации</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Скорая медицинская помощь	598,82	2086,20



## 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
<b>Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц</b>				
<b>1.1.</b>	<b>Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:</b>			
1.1.1 (1)	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	0,3	
1.1.2 (2)	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3	
1.1.3 (3)	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	0,3	

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;	-	1,0	
1.2.2 (5)	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	-	3,0	
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1 (6)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания	-	1,0	
1.3.2 (7)	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)		3,0	
1.4. (8)	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную Территориальной программой обязательного медицинского страхования.	1,0	1,0	

1	2	3	4	5
1.5. (9)	Приобретение пациентом или лицом, действующим в интересах пациента, лекарственных средств и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов) лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	0,5	0,5	
<b>Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц</b>				
2.1 (10)	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	1,0	
2.2.	<b>Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации, в том числе:</b>			
2.2.1 (11)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	
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;	-	0,5	
2.2.3 (13)	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.4 (14)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	

1	2	3	4	5
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;	-	0,5	
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.	-	0,5	
2.3. (17)	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	1,0	
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации, в том числе:			
2.4.1 (18)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	
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;	-	0,5	
2.4.3 (20)	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5	
2.4.4 (21)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	

1	2	3	4	5
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;	-	0,5	
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.	-	0,5	
<b>Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи</b>				
3.1. (24)	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0	
3.2.	<b>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 (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:</b>			
3.2.1 (25)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-	
3.2.2 (26)	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,3	-	

1	2	3	4	5
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);	0,4		
3.2.4 (28)	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0	
3.2.5 (29)	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	1,0	3,0	
3.3.	<b>Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи мероприятий и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий</b>			
3.3.1 (30)	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;			
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).	0,4		
3.4. (32)	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5		

1	2	3	4	5
3.5. (33)	Повторное обособленное 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).	0,5	-	
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.	0,6	1,0	
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.	0,7	0,3	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.	0,8	-	
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.	1,0	-	
3.11. (39)	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	0,9	1,0	
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.	0,3		
3.13. (41)	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством	0,3	0,3	
3.14. (42)	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории	0,9	1,0	
4.1. (43)	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0		



1	2	3	4	5
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).	1,0		Данный код дефекта применяется при проведении контроля качества (МЭЭ, ЭКМП)
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.	0,1		
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).	0,9		<p>Признаками фальсификации являются:</p> <p><b>Дописки</b> - вписывание текста в свободные места другим почерком.</p> <p><b>Исправления</b> (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><b>Вклейки</b> – наличие в медицинской документации листов отличающихся по фактуре, цвету, размеру, за исключением карт однократного приема.</p> <p><b>Полное переоформление</b> – несопадение 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.).	1,0		
4.6. (47)	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов	1,0	1,0	
<b>Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов</b>				
5.1.	<b>Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:</b>			
5.1.1 (50)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-	
5.1.2 (51)	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-	
5.1.3 (52)	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-	
5.1.4 (53)	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-	
5.1.5 (54)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-	
5.1.6 (55)	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-	
5.2.	<b>Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:</b>			
5.2.1 (56)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-	

1	2	3	4	5
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.);	1,0	-	
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;	1,0	-	
5.2.4 (59)	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-	
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.	1,0	-	
5.3.	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:</b>			
5.3.1 (61)	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	-	
5.3.2 (62)	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии по разработке Территориальной программы;	1,0	-	

1	2	3	4	5
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).	1,0		
<b>5.4.</b>	<b>Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:</b>			
5.4.1 (64)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0		
5.4.2 (65)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в Тарифном соглашении.	1,0		
<b>5.5.</b>	<b>Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:</b>			
5.5.1 (66)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0		
5.5.2 (67)	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0		

1	2	3	4	5
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);	1,0	-	
5.6. (69)	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-	
5.7.	<b>Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:</b>			
5.7.1 (70)	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее);	1,0	-	
5.7.2 (71)	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0		
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;	1,0	-	
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	1,0	-	

1	2	3	4	5
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);	1,0	-	
5.7.6 (73)	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-	

## ПЕРЕЧЕНЬ

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

Код дефекта (№ в	Перечень дефектов, нарушений	Размер снижения оплаты	Размер штрафа
<b>Раздел 1. НАРУШЕНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ</b>			
6.1.	Увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи:		
6.1.1.	от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной 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 <sup>1</sup> ;	20% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
6.1.2.	более 100 процентов от норматива, установленного территориальной 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	

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

1	2	3	4
6.1.2.2 (79)	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания <sup>1</sup> ;	50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
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



1	2	3	4
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 за счет необоснованно затраченных застрахованным лицом
<b>Раздел 2. ОТСУТСТВИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ</b>			
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
<b>Раздел 3. ДЕФЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ/НАРУШЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b>			
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

1	2	3	4
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:		
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

1	2	3	4
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 лекарственных 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	

1	2	3	4
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 помощь на госпитальном этапе	10% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
<b>Раздел 4. ДЕФЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ</b>			
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 умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год
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	

1	2	3	4
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	
<b>Раздел 5. НАРУШЕНИЯ В ОФОРМЛЕНИИ И ПРЕДЪЯВЛЕНИИ НА ОПЛАТУ СЧЕТОВ И РЕЕСТРОВ СЧЕТОВ</b>			
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	

1	2	3	4
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	