

# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

г. Волгоград

19 февраля 2015 г.

Администрация Волгоградской области в лице заместителя Губернатора Волгоградской области Е.А. Харичкина, комитет здравоохранения Волгоградской области в лице председателя В.В. Шкарина, государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» в лице директора Т.В. Самариной, заместителя директора по мониторингу системы ОМС Т.Г. Грачевой, страховые медицинские организации в лице заместителя директора по обязательному медицинскому страхованию филиала закрытого акционерного общества "Капитал Медицинское страхование" в г. Волгограде И.М. Пономаревой, директора Волгоградского филиала акционерного общества "Страховая компания "СОГАЗ-Мед" В.В. Глазова, медицинские организации в лице заместителя главного врача ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоград Т.А. Коняхиной, главного врача ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 1» Л.А. Муравьевой, Волгоградская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя И.В. Ерохиной, главного врача ГУЗ «Клиническая больница № 11», члена президиума Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Н.В. Трубиной, Волгоградское региональное отделение общероссийской общественной организации «Российская медицинская ассоциация» в лице главного врача ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России (Клиника №1) Е.Н. Зюбиной, директора ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Волгоградской области» С.В. Симакова, действующие в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Администрации Волгоградской области от 13 февраля 2012г. № 89-п «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области» (с изменениями от 14 марта 2012г., 10 июля 2012 г., 23 апреля 2013 г., 24 марта 2014 г.), именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

## **1. Общие положения**

1.1 Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Волгоградской области в соответствии с:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;
- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра», от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;

- приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 года № 252н «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»;

- приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», от 07.08.2013 № 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»;

- приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

- письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2012 № 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»

- Законом Волгоградской области от 19 декабря 2014 г. N 181-ОД «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;

- письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

- и иными нормативными правовыми актами.

1.2 Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на 2015 год, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа ОМС).

1.3. Тарифное соглашение устанавливает способы оплаты медицинской помощи оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, общие принципы и порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, тарифы на оплату медицинской помощи, а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи.

1.4. Тарифное соглашение и тарифы применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Волгоградской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным лицам, за пределами территории

субъекта Российской Федерации, в которой выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС.

1.5 Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при выполнении Территориальной программы ОМС.

## 1.2 Основные термины и определения

1.2.1 Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

1.2.2 Посещение – это контакт пациента с врачом (кроме врачей параклинических специальностей), средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием, в амбулаторно-поликлинической организации (подразделении), а также на дому, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (постановка диагноза, назначение лечения, записи динамического наблюдения и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

1.2.3 Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания (травмы или иного состояния) у врача одной специальности, фельдшера (акушерки) при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Обращение с целью медицинской реабилитации в амбулаторных условиях - это законченный случай медицинской реабилитации у врачей нескольких специальностей и набором лечебно-диагностических процедур в соответствии с нормативными документами, регламентирующими оказание медицинской реабилитации.

1.2.4 Клинико-статистическая группа заболеваний (далее – КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной или стационарзамещающей медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

1.2.5 Законченный случай госпитализации – это оказание пациенту в одной медицинской организации стационарной (стационарзамещающей) медицинской помощи от момента поступления до момента выписки, включая пребывание в нескольких профильных отделениях и все оперативные вмешательства, выполненные в течение этого времени.

1.2.6 Законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях – это оказание пациенту в одной медицинской организации специализированной высокотехнологичной медицинской помощи от момента поступления до момента выписки, включая пребывание в одном или нескольких профильных отделениях с применением определенного метода высокотехнологичного лечения, оплачиваемого из средств обязательного медицинского страхования.

1.2.7 Медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу (далее – МО) – амбулаторно-поликлинические организации, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы ОМС на соответствующий год, которых в установленном порядке выбрали застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи;

1.2.8 Подушевой норматив финансирования – плановая сумма финансовых средств на одно прикрепившееся к МО застрахованное лицо, рассчитанная с учетом различий в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи, предназначенная для оплаты амбулаторной медицинской помощи прикрепившемуся к МО застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС.

1.2.9 Финансовый результат – сумма финансовых средств, рассчитанная как разница между расчетной суммой финансовых средств, предназначенных на оплату медицинской

помощи прикрепившимся к МО застрахованным лицам и суммой финансовых средств по зарегистрированным счетам за оказанную медицинскую помощь прикрепившимся к МО застрахованным лицам в данной МО и в иных МО.

1.2.10 Тарифы на оплату медицинской помощи – стоимости единиц оплаты медицинской помощи (законченного случая госпитализации, законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, посещения, обращения, лечебно-диагностической услуги и т.п.), определяющие уровень возмещения по статьям расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС, как составной части Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи.

## 2. Способы оплаты медицинской помощи

При реализации территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

2.1 при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- за единицу объема медицинской помощи: медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), за комплексную услугу при проведении диспансеризации определенных групп населения;

По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной и специализированной помощи, за исключением услуг центров здоровья, КТ и МРТ-исследований, диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий населения, медицинской реабилитации, консультативной помощи, медицинской помощи по следующим профилям:

- акушерство и гинекология (за исключением использования репродуктивных технологий),
- дерматовенерология (в части оказания помощи дерматологическим больным),
- травматология и ортопедия,
- стоматология, стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, ортодонтия

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлен в приложении 1 к настоящему Соглашению.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки, и порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей представлены в приложении 2 к настоящему Соглашению.

2.2 при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по уровням, представлен в приложении 3 к настоящему Соглашению.

2.3 при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в приложении 4 к настоящему соглашению.

2.4 при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, в том числе оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, представлен в приложении 5.

### 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

#### 3.1 Структура тарифов

3.1.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС Волгоградской области определяются Федеральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", постановлением Правительства Российской Федерации о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на текущий год и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи, утверждаемой ежегодно Законом Волгоградской области.

Удельный вес расходов по статьям для каждой медицинской организации формируется, исходя из потребности медицинской организации в покрытии расходов, связанных с оказанием медицинской помощи и содержанием медицинской организации в рамках установленных объемов медицинской помощи и финансового обеспечения территориальной программы ОМС на соответствующий год.

Удельный вес расходов по статьям для каждой КСГ представлен в приложении 8 к настоящему Соглашению.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, представлена в таблице 1. Медицинские организации негосударственной формы собственности руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 31.10.2000 № 94н.

Таблица 1

Статья КОСГУ	Подстатья КОСГУ	Вид расходов медицинских организаций
1	2	3
210 «оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда»	211 «заработная плата»	Расходы по оплате труда работников медицинских организаций, участвующих в выполнении территориальной программы ОМС.
	212 «прочие выплаты»	Расходы медицинских организаций на дополнительные выплаты и компенсации, обусловленные условиями трудовых отношений с работниками, участвующими в выполнении 4территориальной программы ОМС, в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления. <u>В состав расходов не включаются:</u> расходы заграничных командировок.

	213 «начисления на выплаты по оплате труда»	Расходы по уплате медицинскими организациями страховых взносов в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», а так же страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.
220 «оплата работ, услуг»	221 «услуги связи»	Расходы медицинских организаций по оплате услуг связи, необходимых для выполнения территориальной программы ОМС: по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций; по договорам на оказание услуг сотовой связи на основании утвержденного руководителем медицинских организаций перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей необходимо для выполнения территориальной программы ОМС использование сотовой связи в пределах лимита, утвержденного руководителем медицинской организации.
	222 «транспортные услуги»	Расходы на приобретение транспортных услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, в том числе по найму транспортных средств, пассажирских и грузовых перевозок, иных транспортных расходов, связанных с перемещением работников и перевозкой имущества, оплату проезда по служебным командировкам. <u>В состав расходов не включаются:</u> расходы заграничных командировок; расходы на предоставление мер социальной поддержки в рамках договора о целевом обучении.
	223 «коммунальные услуги»	Расходы медицинских организаций на приобретение коммунальных услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание коммунальных услуг в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций.
	224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы медицинских организаций по оплате арендной платы в соответствии с заключенными договорами аренды (субаренды имущества, найма, проката) объектов нефинансовых активов, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС.

	225 «работы, услуги по содержанию имущества»	<p>Расходы медицинских организаций на оплату работ, услуг, необходимых медицинским организациям для выполнения территориальной программы ОМС, по договорам на оказание услуг, связанных с содержанием, обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде медицинских организаций, в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций, в том числе расходы на проведение пусконаладочных работ основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу).</p> <p>В состав расходов не включаются:</p> <p>расходы на проведение пусконаладочных работ, за исключением вышеуказанных;</p> <p>расходы на новое строительство, реконструкцию, капитальный ремонт зданий и сооружений.</p>
--	----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>226 «прочие работы, услуги»</p>	<p>Экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы медицинских организаций:</p> <p>по проведению лабораторных, инструментальных и диагностических исследований, производимых в других медицинских организациях (у индивидуальных предпринимателей) (при отсутствии (или временном закрытии) своей лаборатории и диагностического оборудования), необходимых для выполнения территориальной программы ОМС;</p> <p>на оплату обеспечения застрахованных лиц необходимым лечебным питанием при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС, по нормам, утвержденным в установленном порядке, предприятиями общественного питания (при отсутствии в медицинских организациях или временном закрытии своего пищеблока);</p> <p>по договорам за консультационную и иную помощь, оказываемую медицинскими работниками сторонних медицинских организаций в рамках территориальной программы ОМС;</p> <p>услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов;</p> <p>на оплату программного обеспечения;</p> <p>приобретение бланков строгой отчетности;</p> <p>пусконаладочные работы по комплексному опробованию и наладке основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу);</p> <p>монтажные работы основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу);</p> <p>по договорам на оказание услуг, не отнесенных на подстатьи 221-225 (в том числе расходы медицинских организаций по оплате банковских услуг банка за осуществление операций со средствами ОМС), в целях обеспечения собственных нужд медицинских организаций для выполнения территориальной программы ОМС в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p> <p><u>В состав расходов не включаются:</u></p> <p>по проведению научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических работ, по разработке проектной и сметной документации для строительства, реконструкции и капитального ремонта зданий и сооружений;</p> <p>пусконаладочные работы по комплексному опробованию и наладке основных средств, за исключением вышеуказанных;</p> <p>монтажные работы основных средств, за исключением вышеуказанных;</p> <p>расходы на добровольное страхование работников.</p>
--	------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



260 «социальное обеспечение»	262 «пособия по социальной помощи населению»	<p>Расходы медицинских организаций на выплаты в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, в рамках исполнения полномочий работодателя.</p> <p><u>В состав расходов не включаются:</u></p> <p>расходы на предоставление мер социальной поддержки в рамках договора о целевом обучении.</p>
290 «прочие расходы»		<p>Расходы медицинских организаций на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Федерации;</p> <p>расходы медицинских организаций на уплату государственных пошлин и сборов в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе расходы медицинских организаций, связанные с получением медицинскими организациями лицензий на осуществление медицинской деятельности);</p> <p>расходы по возмещению физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда в связи с некачественным оказанием медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;</p> <p>расходы по уплате штрафов и пени медицинских организаций, в том числе штрафов за нарушение требований пожарной безопасности;</p> <p>расходы на оплату иных расходов, отнесенных к статье 290 «прочие расходы» в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления.</p> <p><u>В состав расходов не включаются:</u></p> <p>на уплату государственных пошлин и судебных издержек, возмещение морального и материального вреда, исполнением обязательств по судебным делам, не связанным с деятельностью медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС;</p> <p>по возврату средств ОМС, использованных не по назначению;</p> <p>на предоставление мер социальной поддержки в рамках договора о целевом обучении.</p>

310 «увеличение стоимости основных средств»		<p>Расходы медицинских организаций на приобретение необходимых для выполнения территориальной программы ОМС основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью до ста тысяч рублей за единицу).</p> <p><u>В состав расходов не включаются:</u></p> <p>расходы по оплате контрактов (договоров) на строительство и приобретение (изготовление) объектов, относящихся к основным средствам (за исключением вышеуказанных);</p> <p>расходы на реконструкцию, техническое перевооружение, расширение, модернизацию и дооборудование основных средств.</p>
---------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>340 «увеличение стоимости материальных запасов»</p>		<p>Экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы медицинских организаций для выполнения территориальной программы ОМС на приобретение:</p> <p>лекарственных препаратов, медицинских изделий, расходных материалов в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов для медицинского применения при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, стоматологической медицинской помощи (далее Перечень ЖНВЛП);</p> <p>лекарственных препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП, в случаях нетипичного течения болезни, наличия осложнений основного заболевания и (или) сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных препаратов, а также при непереносимости лекарственных препаратов, входящих в Перечень ЖНВЛП, лекарственные препараты, зарегистрированные в установленном порядке в Российской Федерации и разрешенные к медицинскому применению, но не входящие в стандарты медицинской помощи, и Перечень ЖНВЛП, по заключению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинских документах больного и журнале врачебной комиссии;</p> <p>продуктов питания для обеспечения необходимым лечебным питанием застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в рамках территориальной программы ОМС, по нормам, утвержденным в установленном порядке;</p> <p>молока и лечебно-профилактического питания для выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, в соответствии с нормами, установленными приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.02.2009 № 45н;</p> <p>мягкого инвентаря и обмундирования, необходимых в соответствии с табелем оснащения и нормами бесплатной выдачи санитарной одежды в рамках территориальной программы ОМС;</p> <p>горюче-смазочных материалов, включая специальное топливо;</p>
--------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>всех видов котельно-печного топлива;  строительных материалов, используемых для текущего ремонта;  кухонного инвентаря;  хозяйственных материалов, канцелярских принадлежностей;  запасных частей и прочих материальных запасов.  <u>В состав расходов не включаются:</u>  Расходы на приобретение строительных материалов для капитального ремонта, нового строительства, реконструкции, спецоборудования для научно-исследовательских работ.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.1.2 Расходы на заработную плату производятся исходя из размеров и условий оплаты труда, установленных в соответствии с региональными нормативными документами, регулирующими вопросы оплаты труда.

3.1.3. Заработная плата работников медицинских организаций состоит из трех частей: базовой, выплат компенсационного характера и стимулирующих выплат.

К выплатам стимулирующего характера также относятся:

выплаты за участие в диспансеризации определенных групп населения;

выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), производимые до 2013 года в рамках реализации национального проекта «Здоровье»;

расходы на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи, производимые до 2013 года в рамках реализации национального проекта «Здоровье»;

выплаты работникам медицинских организаций, которые ранее осуществлялись в рамках реализации программы модернизации здравоохранения Волгоградской области.

3.1.4. При расчете фонда оплаты труда учитывается только та часть штатных должностей, которая необходима для реализации объемов медицинской помощи, установленных медицинской организации в сфере ОМС.

В случае оказания медицинской организацией медицинской помощи, финансирование которой осуществляется из различных источников, в том числе за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и средств бюджета территориального фонда ОМС, расходы на оплату труда прочего немедицинского персонала, не участвующего непосредственно в процессе оказания медицинской помощи по ОМС, но необходимого для обеспечения деятельности медицинской организации, включаются в состав расходов на оплату труда пропорционально доле медицинской помощи по ОМС в общем объеме оказываемых в медицинской организации услуг.

При формировании расходов на оплату труда работников медицинских организаций не учитываются расходы на оплату труда штатных единиц, не предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Дополнительные выплаты к заработной плате работников медицинских организаций, принятые нормативно-правовыми актами Волгоградской области и не предусмотренные утвержденной системой оплаты труда, могут подлежать компенсации за счет средств ОМС только при условии увеличения доходной части бюджета ТФОМС и внесения соответствующих изменений в закон Волгоградской области о бюджете ТФОМС.

3.1.5. Для федеральных и ведомственных медицинских организаций, выполняющих территориальную программу ОМС, расходы на оплату труда определяются в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами соответствующих министерств и ведомств.

3.1.6. За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями по видам медицинской помощи, которые в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на текущий год, утвержденной в установленном порядке, финансируется за счет бюджетных ассигнований областного бюджета и других источников.

За счет средств ОМС не финансируются (не оплачиваются) мероприятия, финансирование которых предусмотрено в рамках реализации целевых программ за счет иных источников.

3.1.7. Затраты на питание включены в тарифы стационара круглосуточного пребывания.

В структуре тарифов на оплату амбулаторной медицинской помощи расходы на продукты питания не предусмотрены, за исключением молока и других равноценных пищевых продуктов для выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, в соответствии с нормами, установленными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.02.2009 № 45н.

В структуре тарифов на оплату стационарозамещающей медицинской помощи расходы на продукты питания не предусмотрены, за исключением детских медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, где в случае согласования с министерством здравоохранения Волгоградской области и Государственным учреждением "Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области" разрешается обеспечение пациентов питанием при условиях возможности его организации, достаточного финансирования и отсутствия задолженности по оплате труда работников медицинской организации.

В структуре тарифов на оплату скорой медицинской помощи расходы на продукты питания не предусмотрены.

3.1.8. Уровень возмещения по статьям расходов (величина тарифа) медицинских организаций при выполнении территориальной программы ОМС определяется объемом средств, предназначенных законом о бюджете ТФОМС на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС.

3.2 Тарифы на оплату медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторных условиях амбулаторно-поликлиническими организациями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

3.2.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определённый на основе нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, в расчёте на 1 застрахованное лицо составляет 2949,6 рублей.

3.2.2 Размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объёма медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, составляет 1629,78 рублей.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива составляют:

Наименование группы	Коэффициент
ноль – четыре года мужчины	1,826918398
ноль – четыре года женщины	1,803999805
пять – семнадцать лет мужчины	1,670721619
пять – семнадцать лет женщины	1,781324510

восемнадцать – пятьдесят девять лет мужчины	0,511264659
восемнадцать – пятьдесят четыре года женщины	0,965889738
шестьдесят лет и старше мужчины	0,843657243
пятьдесят пять лет и старше женщины	1,075714077

#### Структура расходов тарифов на оплату амбулаторной медицинской помощи

Наименование единиц оплаты	Доля расходов, %			
	Заработная плата с начислениями	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Прочие статьи расходования средств (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
Посещения, обращения	не более 85	4	0	не менее 11

3.2.3 За единицу оплаты медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторных условиях, приняты:

- врачебные посещения (с профилактической целью, с иными целями, при оказании медицинской помощи в неотложной форме),
- посещения фельдшера (акушерки), ведущего самостоятельный прием (с профилактической целью, с иными целями, при оказании медицинской помощи в неотложной форме),
- обращение в связи с заболеванием (законченный случай, в том числе при проведении медицинской реабилитации)
- законченный случай проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения,
- законченный случай проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения,
- законченный случай проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,
- законченный случай проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью,
- законченный случай проведения медицинских осмотров несовершеннолетних,
- посещения центра здоровья,
- лечебно-диагностические услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, стоматологические),
- подушевой норматив финансирования.

3.2.4. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, имеющей прикрепленное население (за исключением тарифов на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, а также обращения с лечебной целью к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета «Диабетическая стопа», посещения с профилактической целью к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с

неотложной целью к врачу травматологу-ортопеду, акушера-гинеколога, все врачебные приемы в приемном отделении стационара, разовые посещения по поводу заболевания к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу), рассчитываются как произведение базового тарифа соответствующей единицы оплаты и поправочного коэффициента по амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население.

Поправочные коэффициенты по амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, учитывают все затраты, непосредственно связанные с оказанием амбулаторной медицинской помощи.

Эти коэффициенты утверждаются Комиссией для медицинских организаций в виде Соглашения по тарифам и не изменяются в течение года.

3.2.5 Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, не имеющей прикрепленного населения (за исключением тарифов на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, а также обращения с лечебной целью к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета «Диабетическая стопа», посещения с профилактической целью к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу травматологу-ортопеду, акушера-гинеколога, все врачебные приемы в приемном отделении стационара, разовые посещения по поводу заболевания к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу), рассчитываются как произведение базового тарифа соответствующей единицы оплаты и поправочного коэффициента по амбулаторной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинской организацией, не имеющей прикрепленного населения.

3.2.6 Тарифы на все виды медицинских осмотров, диспансеризацию определенных групп населения, стоматологические медицинские услуги, а также обращения с лечебной целью к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу, к офтальмологу с применением лазерных технологий, эндокринологу кабинета «Диабетическая стопа», посещения с профилактической целью к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу в том числе патронажные посещения на дому, патронажные посещения акушеркой на дому, консультативные посещения всех специалистов, посещения Центров здоровья, посещения с неотложной целью к врачу травматологу-ортопеду, акушера-гинеколога, все врачебные приемы в приемном отделении стационара, разовые посещения по поводу заболевания к врачу дерматологу, травматологу-ортопеду, акушеру-гинекологу являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, и не зависят от поправочных коэффициентов.

Тарифы на обращения с лечебной целью к врачу офтальмологу с использованием лазерных технологий являются едиными для всех медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, и не зависят от поправочных коэффициентов.

Поправочные коэффициенты для медицинских организаций утверждаются Комиссией и могут изменяться в течение года.

Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, представлены в приложении 6 к настоящему Соглашению.

3.3 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями

3.3.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в

стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определённый на основе нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, в расчёте на 1 застрахованное лицо составляет 3824,1 рублей.

Базовая ставка законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу, составляет 19 878,0 рублей.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний стационарной медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратоёмкости представлен в приложении 7 к настоящему Соглашению;

Рекомендуемая структура расходов базовых тарифов по КСГ заболеваний стационарной медицинской помощи представлена в приложении 8 к настоящему Соглашению.

Рекомендуемая структура расходов тарифов на оплату законченных случаев лечения по методам высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС по методам, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи, представлена в приложении 9 к настоящему Соглашению.

3.3.2 За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях стационара медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями приняты:

- законченный случай госпитализации, входящий в клинико-статистическую группу (далее – законченный случай госпитализации);
- законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

Оплате по тарифу законченного случая госпитализации подлежат все случаи госпитализации при оказании специализированной медицинской помощи независимо от длительности лечения и причин выбытия из стационара.

Оплате по тарифу законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, подлежат все случаи госпитализации при проведении высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС по методам, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи.

3.3.3 Базовая ставка финансового обеспечения специализированной стационарной медицинской помощи (далее – Базовая ставка, БСсп) – размер средней стоимости случая госпитализации специализированной стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, в рамках средств установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на финансирование специализированной стационарной помощи.

3.3.4 Тарифы законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистические группы включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами 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, в том числе и из других медицинских организаций, оперативные пособия, в том числе выполненные лапароскопическими и (или) эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ангиографию, экстракорпоральный диализ при острой почечной недостаточности, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

3.3.5 Тарифы законченных случаев госпитализации, входящих в клинико-статистические



группы для детей, включают расходы, связанные с пребыванием матери или другого лица, осуществляющего уход за ребенком.

3.3.6 Тарифы на законченные случаи лечения по методам высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС по методам, на которые Правительством РФ установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, включают затраты по всем статьям расходов.

Базовые тарифы клиничко – статистических групп заболеваний при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с указанием управленческих коэффициентов представлены в приложении 10 к настоящему Соглашению;

Тарифы законченных случаев высокотехнологической медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по методам, входящим в базовую программу ОМС, представлены в приложении 11 к настоящему Соглашению;

### 3.4 Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров

3.4.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определённый на основе нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, в расчёте на 1 застрахованное лицо составляет 774,0 рубля.

Базовая ставка законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в клиничко-статистическую группу, составляет 9569,6 рублей.

Структура расходов тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, представлена в таблице:

Наименование единиц оплаты	Доля расходов, %			
	Заработная плата с начислениями	Медикаменты и расходные материалы	Питание	Прочие статьи расходования средств (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
Законченный случай лечения в дневном стационаре	не более 40	43	0	не менее 17

3.4.2 За единицу оплаты медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров при стационарной медицинской организации, в условиях дневных стационаров при амбулаторно-поликлинической медицинской организации и стационаров на дому, приняты законченный случай госпитализации, входящий в клиничко-статистическую группу (далее – законченный случай госпитализации).

Для большей части клиничко-статистических групп выделены подгруппы, в тарифах по которым применяются понижающие управленческие коэффициенты, для оплаты случаев, длительностью 1 – 4 дня. Исключение составляют КСГ, средняя длительность по которым изначально не выше данных параметров (оплата подобных случаев производится независимо от длительности лечения). Оплата одной процедуры гемодиализа, одного дня проведения перитонеального диализа производится по отдельно выделенным КСГ. Случаи лечения бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение), не относящиеся к высокотехнологичному лечению, не

включенному в базовую программу ОМС, оплачиваются по отдельным КСГ, дифференцированным по этапам прерывания процедуры.

3.4.3 Тарифы на законченные случаи госпитализации в дневном стационаре (за исключением стационара на дому) включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс (для случаев проведения реабилитации – реабилитационный лечебно-диагностический процесс) в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного дневного стационара, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии, включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования (за исключением компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии), другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, рефлексотерапию, услуги логопедов и т.д.).

3.4.4 Тариф законченного случая экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара (1-4 этапы) в рамках оказания специализированной медицинской помощи включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг в соответствии с утвержденным стандартом оказания медицинской помощи больным, нуждающимся в экстракорпоральном оплодотворении, культивировании и внутриматочном введении эмбриона при бесплодии, а также с учетом выбранного в зависимости от клинической ситуации протокола стимуляции овуляции. В случае прерывания процесса экстракорпорального оплодотворения на одном из этапов тариф включает в себя расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме медицинских услуг, соответствующих этапности процедуры: стимуляция суперовуляции, мониторинг фолликулогенеза (1 этап), трансвагинальная пункция ооцитов (2 этап), эмбриологический (3 этап).

3.4.5 Тарифы законченных случаев госпитализации пациента в стационаре на дому включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы врача, медицинской сестры, а также затраты на лечебные манипуляции и процедуры по показаниям, медикаментозную терапию, в том числе с использованием парентеральных путей введения, и обеспечение изделиями медицинского назначения).

Перечень клинико-статистических групп заболеваний в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости представлен в приложении 12 к настоящему Соглашению.

Базовые тарифы клинико-статистических групп при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, представлены в приложении 13 к настоящему Соглашению.

### 3.5 Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

3.5.1 Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в расчёте на 1 застрахованное лицо составляет 543,8 рублей.

3.5.2 Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 496,42 рублей.

**Структура расходов подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи,  
вызова скорой медицинской помощи**

Наименование единиц оплаты	Доля расходов, %			
	Заработная плата с начислениями	Медикамен ты и расходные материалы	Питание	Прочие статьи расходования средств (мягкий инв., прочие 226, 221, 224, 225, 290, 310, 340)
Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, вызов скорой медицинской помощи	не более 82	3	0	не менее 15

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляют:

Наименование группы	Коэффициент
ноль – четыре года мужчины	1,731067233
ноль – четыре года женщины	1,542864284
пять – семнадцать лет мужчины	0,496625844
пять – семнадцать лет женщины	0,500374906
восемнадцать – пятьдесят девять лет мужчины	0,532866783
восемнадцать – пятьдесят четыре года женщины	0,634091477
шестьдесят лет и старше мужчины	1,676080980
пятьдесят пять лет и старше женщины	2,093226693

3.5.3 За единицу оплаты скорой медицинской помощи приняты: вызов, выполненный врачебной или фельдшерской бригадой, и тарифы на основе подушевого норматива финансирования.

3.5.4. Тарифы на вызовы включают расходы, возмещаемые за счет средств ОМС, в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами оказания скорой медицинской помощи.

3.5.5 Тариф на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи включает в себя финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность службы скорой медицинской помощи с учетом оплаты необходимых для функционирования услуг сторонних организаций.

Перечень тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, представлен в приложении 14 к настоящему Соглашению.

Оплата медицинской помощи, формирование счетов и реестров счетов представлены в приложении 15 к настоящему Соглашению.

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

Включает в себя:

- 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;
- размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией, имеющей обслуживаемое население, штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации), финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население;
- 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 (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации).

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

N п/п	Нарушения медицинской организации	Размер неоплаты	Размер штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1. Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе			
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		

1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	Возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	Сто процентов необоснованно затраченных денежных средств застрахованным лицом (его представителем), но не более 100% стоимости страхового случая	сто процентов возврат застрахованному лицу (его представителю) средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом (его представителем)
1.5.	Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.	Пятнадцать процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврат застрахованному лицу (его представителю) средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом (его представителем)
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			

2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	десять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации	-	два процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	два процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи	-	два процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год

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



2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации	-	четыре процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи	-	четыре процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.3.	о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией	-	четыре процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	четыре процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год

2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	четыре процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	-	четыре процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи.			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.2.3.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	Десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай первичного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	-
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	Двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.9.	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	Сто процентов стоимости каждого случая, необоснованно предъявленного к оплате повторно	-
3.11.	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	Двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 – 3 категории.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации.			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае отсутствия объективных причин не предоставления	-
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).	Десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	Десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.6.2.	несоответствия сроков лечения застрахованного лица согласно первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов.			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		



5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
<b>5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:</b>			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3. Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:			
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.2.	Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.3.3.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4. Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:			
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5. Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности:			

5.5.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.5.3.	Предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
<b>5.7. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:</b>			
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	-
5.7.3.	Стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	-

5.7.4.	Стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованное в системе ОМС.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
5.7.5.	Включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); - пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	-

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией, имеющей обслуживаемое население, штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации), финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население.

N п/п	Нарушения медицинской организации	Размер неоплаты*	Размер штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц.			
1.1. Обеспечение прав застрахованных лиц на получение скорой медицинской помощи в установленный срок, в том числе:			
1.1.1. от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий			

1.1.1.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.1.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2. более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий			
1.1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	семьдесят пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе:			

1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	-	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.4.Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь:			
1.4.1	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;	сто процентов необоснованно затраченных денежных средств застрахованным лицом (его представителем), но не более ста процентов стоимости страхового случая	сто процентов возврат застрахованному лицу (его представителю) средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом (его представителем)
1.4.2.	при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования		
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:			
2.1.1.	об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания скорой медицинской помощи;	-	два процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.1.2.	о показателях доступности и качества скорой медицинской помощи.		
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи.			
3.1. Доказанные в установленном порядке:			

3.1.1.	нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц);	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.1.2.	разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека		
3.1.3.	несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица.		
3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.3	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:			



3.3.1.	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи	-
3.4. Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).			
3.4.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.4.2.	приведшее 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);	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.4.3.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов.	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай первичного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.7.	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 приведшее к удорожанию стоимости лечения.	Двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.8.	Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации.			

4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае отсутствия объективных причин не предоставления	-
4.2.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи).	Десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.3.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.4. Несоответствие данных медицинской документации данным счета и реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, в том числе:			
4.4.1.	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-

4.4.2.	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета;	один процент стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
4.4.3.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета.	Один процент стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи	-
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов.			
5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи**	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;		-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;		-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;		-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);		-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;		-
5.1.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения		-
5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи**	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);		-

5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации;		-
5.2.4.	включение в реестры счетов случаев оказания скорой медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации.		-
5.3.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.		-
5.4.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.		-
5.5. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи.			
5.5.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи по результатам МЭЭ, ЭКМП	-
5.5.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов.		-

\* При проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (за исключением медико-экономического контроля) для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, имеющей обслуживаемое население, за стоимость случая оказания медицинской помощи принимается средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденный постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 N 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», равный 1710,1 рубля

\*\* Не принимается к оплате по результатам автоматизированного первичного МЭК.

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 (для случаев оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации).

N п/п	Нарушения медицинской организации	Размер неоплаты	Размер штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц.			

1.1. Обеспечение прав застрахованных лиц на получение скорой медицинской помощи в установленный срок, в том числе:			
1.1.1. от 50 до 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий			
1.1.1.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.1.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2. более 100 процентов от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий			
1.1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	семьдесят пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

1.1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС (устанавливается по обращениям застрахованных лиц или их представителей), в том числе:			
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	-	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.2.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

1.3. Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании скорой медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания;	-	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.3.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	-	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.4. Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную скорую медицинскую помощь:			
1.4.1	предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования;		



1.4.2.	при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования	сто процентов необоснованно затраченных денежных средств застрахованным лицом (его представителем), но не более ста процентов стоимости страхового случая	сто процентов возврат застрахованному лицу (его представителю) средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом (его представителем)
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:			
2.1.1.	об условиях оказания скорой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания скорой медицинской помощи;	-	два процента размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.1.2.	о показателях доступности и качества скорой медицинской помощи.		
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи.			
3.1. Доказанные в установленном порядке:			
3.1.1.	нарушение врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц);	-	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.1.2.	разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека		
3.1.3.	несоблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица.		
3.2.Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:			
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.2.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.2.3	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:			
3.3.1.	приведших к удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	-
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи	-
3.4. Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).			
3.4.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.4.2.	приведшее 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);	десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.4.3.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
3.5.	Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за оказанием скорой медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 24 часов.	Пятьдесят процентов стоимости за каждый случай первичного оказания медицинской помощи	-
3.6.	Действие или бездействие при оказании скорой медицинской помощи, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.7.	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 приведшее к удорожанию стоимости лечения.	Двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-

3.8.	Наличие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой медицинской помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на госпитальном этапе.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации.			
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу скорой медицинской помощи, без объективных причин.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае отсутствия объективных причин не предоставления	-
4.2.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления скорой медицинской помощи).	Десять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	-
4.3.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и/или лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.4. Несоответствие данных медицинской документации данным счета и реестра счетов на оплату скорой медицинской помощи, в том числе:			

4.4.1.	включение в счет и реестр счетов случаев, не подтвержденных медицинской документацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	-
4.4.2.	несоответствие сроков лечения, согласно медицинской документации, срокам, указанным в реестре счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи	-
4.4.3.	несоответствие диагноза, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица диагнозу, указанному в реестре счета.	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи	-
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов.			
5.1. Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;		-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;		-
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;		-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);		-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;		-
5.1.7.	несоответствие кода услуги диагнозу, полу, возрасту, профилю отделения		-
5.2. Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:			
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой	-

5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	медицинской помощи	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации;		-
5.2.4.	включение в реестры счетов случаев оказания скорой медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории Российской Федерации.		-
5.3.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь.		-
5.4.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.		-
5.5. Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи.			
5.5.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	сто процентов стоимости за каждый случай оказания скорой медицинской помощи по результатам МЭЭ, ЭКМП	-
5.5.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов.		-

### 5.3. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с 01 марта 2015 года.

5.2. Тарифное соглашение может быть изменено и дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

5.3. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

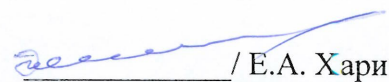
Приложения:

1. «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;
2. «Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу на обслуживаемое (прикрепленное) застрахованное население, и критерии их оценки»;
3. «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по уровням оказания медицинской помощи с указанием уровня оплаты»;
4. «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, по уровням оказания медицинской помощи»;
5. «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации»;
6. «Перечень тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;
7. «Перечень клинико-статистических групп заболеваний стационарной медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости»;
8. «Структура расходов базовых тарифов по КСГ заболеваний стационарной медицинской помощи»;
9. «Структура расходов тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;
10. «Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, оказывающих стационарную помощь»;
11. «Перечень тарифов на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;
12. «Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара»;
13. «Перечень клинико-статистических групп заболеваний в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости»;
14. «Базовые тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации»;
15. «Оплата медицинской помощи, формирование счетов и реестров счетов».

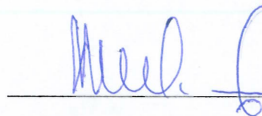
Подписи сторон:

От органа исполнительной власти Волгоградской области:

Заместитель губернатора  
Волгоградской области

 / Е.А. Харичкин

Председатель комитета здравоохранения  
Волгоградской области

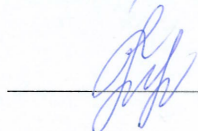
 / В.В. Шкарин

От Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»:

Директор «ТФОМС Волгоградской области»

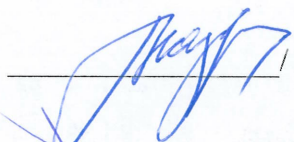
 / Т.В. Самарина

Заместитель директора по мониторингу системы  
ОМС «ТФОМС Волгоградской области»

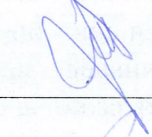
 / Т.Г. Грачева

От страховых медицинских организаций:

Директор Волгоградского филиала  
АО «Страховая компания "СОГАЗ-Мед"»


 / В.В. Глазов

Заместитель директора  
по обязательному медицинскому страхованию  
филиала ЗАО «Капитал Медицинское страхование»  
в г. Волгограде

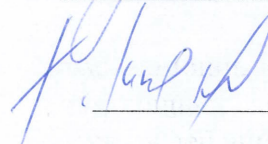
 / И.М. Пономарева

От медицинских организаций:

Главный врач  
ГБУЗ «Городская детская поликлиника №1»

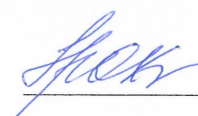
 / Л.А. Муравьева

Заместитель главного врача  
ГБУЗ «ВОКБ №1»


 / Т.А. Коняхина

От профессионального союза медицинских работников:

Председатель Волгоградской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения Российской  
Федерации

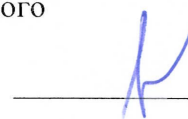
 / И.В. Ерохина

Главный врач ГУЗ «Клиническая больница № 11»,  
член президиума Волгоградской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

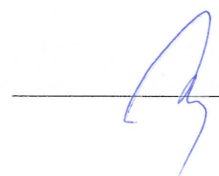
 / Н.В. Трубина

От Волгоградского регионального отделения общероссийской общественной  
организации «Российская медицинская ассоциация»:

Главный врач ГБОУ ВПО «ВолгГМУ»  
Минздрава России (Клиника №1), член правления Волгоградского  
регионального отделения общероссийской общественной  
организации «Российская медицинская ассоциация»

 / Е.Н. Зюбина

Директор ГКУ «ДЗ ВО», член правления  
Волгоградского регионального отделения  
общероссийской общественной организации  
«Российская медицинская ассоциация»

 / С.В. Симаков