

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

о реализации Территориальной программы обязательного
медицинского страхования города Байконур на 2019 год

г. Байконур

«06» окт. 2019 г.

1. Общие положения

Администрация города Байконур в лице заместителя Главы администрации **Адасева Николая Петровича**, Отдел здравоохранения города Байконур в лице начальника **Квач Жанны Викторовны**, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур в лице директора **Григорьевой Нины Алексеевны**, Страховая медицинская организация ООО ВТБ Медицинское страхование в лице заместителя директора Байконурского филиала ООО ВТБ МС **Имбаевой Жанаркуль Нуралиевны**, Общественная организация «Первичная профсоюзная организация комплекса «Байконур» Общественной организации «Общероссийский профессиональный союз работников общего машиностроения» в лице председателя **Горюновой Светланы Владимировны**, именуемые в дальнейшем Сторонами, руководствуясь Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», заключили настоящее Тарифное соглашение о реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Байконур на 2019 год (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядок их применения на территории города Байконур, а также способов оплаты медицинской помощи, размеров 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 (далее - санкций).

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с

Территориальной программой обязательного медицинского страхования застрахованным лицам на территории горда Байконур (далее – Территориальной программы ОМС), а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

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

2. Способы оплаты медицинской помощи

Оплата медицинской помощи, оказанная медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется в соответствии со следующими способами оплаты медицинской помощи:

1. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), за исключением средств на оплату:

посещений

- по неотложной медицинской помощи;
- в связи с прохождением диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан (1 этап);
- услуг гемодиализа.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям оказания медицинской помощи установлены:

ноль - один год мужчины/женщины - 0,07/0,05;

один год – четыре года мужчины/женщины – 0,26/0,16;

пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины – 0,34/0,29;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 0,26;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 0,41;

шестьдесят лет и старше мужчины – 0,08;

пятьдесят пять лет и старше женщины – 0,15.

2. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи осуществляется:

2.1. В амбулаторных условиях

- за единицу объема медицинской помощи

посещение по неотложной медицинской помощи, в связи с прохождением диспансеризации и профилактических медицинских

осмотров отдельных категорий граждан (1 этап), обращение (законченный случай), а также используется, в том числе, при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами города Байконур, на территории которого выдан полис ОМС.

2.2. В стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение):

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (используется, в том числе, при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами города Байконур, на территории которого выдан полис ОМС);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

2.3. В условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения):

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний включенного (используется, в том числе, при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами города Байконур, на территории которого выдан полис ОМС);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

2.4. Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- за вызов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи учитывается коэффициент дифференциации – 1,28, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации

Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

В размере и структуре тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается коэффициент 2 уровня оказания медицинской помощи для медицинских организаций, среднее значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляет 1,1.

В части расходов на заработную плату тарифы на оплату медицинской помощи включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей), за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, включают расходы на:

- заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, мягкого инвентаря, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), приобретение продуктов питания или организации питания при отсутствии организованного питания в медицинской организации (далее - расходы на медикаменты, мягкий инвентарь и продукты питания);

- оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Включение в тариф расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий осуществляется в соответствии с

действующими нормативными документами, в том числе Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС.

Структура тарифа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предусматривает оплату диагностических и (или) консультативных услуг, в том числе проведение физиотерапевтического лечения, лечебный массаж, лечебную физкультуру, проведение рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, и прочих диагностических исследований.

В структуру тарифа не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС расходы медицинских организаций:

- не связанные с деятельностью по Территориальной программе ОМС, в том числе расходы по содержанию имущества, сдаваемого в аренду и (или) используемого в коммерческой деятельности

- на проведение капитального ремонта нефинансовых средств (в том числе зданий и сооружений, приобретение материалов для проведения капитального ремонта и оплата труда работников, задействованных в проведении капитального ремонта, составление и экспертиза проектно-сметной документации, капитальный ремонт оборудования, автомобилей и т.д.);

- расходы на оплату получения высшего и /или среднеспециального образования, обучение в ординатуре, интернатуре;

- на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу;

- на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в Территориальную программу ОМС;

- на возмещение расходов, не включенных в состав тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;

- расходование средств ОМС сверх норм, установленных соответствующими министерствами, ведомствами;

- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;

- расходы на приобретение иммунобиологических препаратов, используемых при проведении профилактических прививок в рамках Национального календаря прививок и профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Использование средств ОМС медицинскими организациями на финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, является нецелевым и подлежит восстановлению в доход бюджета Территориального фонда ОМС в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

Средний размер финансового обеспечения

3.1. Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), на 1 застрахованное лицо в год составит – 11 163,35 рубля.

3.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС города Байконур в амбулаторных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет 4 664,56 рублей.

Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях¹:

- за посещение с профилактическими и иными целями (приложение 3);
- диспансеризация определенных групп взрослого населения по I этапу (приложение 4); по II этапу (приложение 5);

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения (приложение 6);

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью по I этапу в соответствии (приложение 7);

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение 8);

- профилактические осмотры несовершеннолетних по I этапу (приложение 9);

- в неотложной форме, оказываемой в амбулаторных условиях (приложение 10);

- за обращение по поводу заболевания (законченный случай) (приложение 11);

- за УЕТ при оказании стоматологической помощи в соответствии (приложение 12).

¹ Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, приведены в приложениях к настоящему Тарифному соглашению.

Установленное среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях приведено в (приложении 21).

3.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС города Байконур, в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет - 5 588,94 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинко-профильную группу (КПГ) в условиях круглосуточного стационара (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет 37 356,85 рублей;

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях²

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую КПГ (приложение 13);

- оплата сверхкоротких законченных случаев лечения приведена в (приложение 14);

- о Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи приведены в (приложении 2).

Поправочные коэффициенты:

- коэффициенты относительной затроемкости КПГ и управленческие коэффициенты по КПГ в стационарных условиях приведены в Приложениях 15);

- коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), приведены в (приложении 16).

3.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования города Байконур в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо составляет - 1 348,30 рублей.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в клинко-профильную группу (КПГ) в условиях дневного стационара (базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи) составляет- 20 395,96 рублей.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара³:

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинко-профильную группу заболеваний (приложение 17);

³ Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, приведены в приложениях к настоящему Тарифному соглашению.

- оплата сверхкоротких законченных случаев лечения приведена в (приложение 14);

- оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи приведены в (приложении 2).

Поправочные коэффициенты оплаты:

- управленческие коэффициенты по КПП;

- коэффициенты относительной затратоемкости КПП в условиях дневного стационара приведены в (Приложении 18).

Тариф стоимости услуги гемодиализа (одного сеанса) (приложение 19).

3.5. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования города Байконур в части скорой медицинской помощи, на 1 застрахованное лицо составляет 798,32 рублей.

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи за вызов (при осуществлении межтерриториальных расчетов), приведены в (приложении 20).

Показатели результативности оказания медицинской помощи для медицинской организации, при подушевом финансировании приведены в (приложении 23).

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

4.1. Территориальный фонд ОМС и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона № 326 – ФЗ осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках территориальной программы ОМС.

4.2. Порядок проведения контроля установлен приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

4.3. Суммы средств, не подлежащие оплате (уменьшение оплаты медицинской помощи), и размеры штрафных санкций за нарушения, выявленные Территориальным фондом ОМС или СМО при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой МО в рамках территориальной программы ОМС приведены в (приложении 22).

5. Заключительные положения

5.1. При наличии у Стороны предложений о внесении изменений в Тарифное соглашение, она направляет свои предложения в адрес председателя Комиссии.

5.2. Тарифное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяет свое действие на правоотношения по оплате медицинской помощи, оказанной с 01.01.2019 и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2019 г., в том числе начатые ранее.

5.3. Все приложения к Тарифному соглашению являются неотъемлемой частью.

5.4. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, согласованные Сторонами (при наличии решения Комиссии). Изменения и дополнения оформляются в письменной форме Дополнительным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

5.5. Действие настоящего Тарифного соглашения прекращается с момента принятия нового Тарифного соглашения.

ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН, УЧАСТВУЮЩИХ В ТАРИФНОМ СОГЛАШЕНИИ:

От администрации
города Байконур



Н.П. Адасев

От Отдела здравоохранения
Города Байконур

Ж.В. Квач

От Территориального фонда обязательного
медицинского страхования
города Байконур

Н.А. Григорьева

От Страховой медицинской организации
ООО ВТБ МС

Ж.Н.Избаева

От профсоюзной организации
комплекса «Байконур»

С.В. Горюнова

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, и применяемых способов оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС на 2019 год

N п/п	Наименование медицинской организации	Стационарная медицинская помощь	Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Скорая медицинская помощь
		<i>по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), за исключением посещений неотложной медицинской помощи, диспансеризации и профилактических медицинских осмотров и услуг гемодиализа</i>			
1	Федеральное Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения "Центральная медико-санитарная часть № 1 Федерального медико-биологического агентства России" (ФГБУЗ ЦМСЧ №1 ФМБА России)	+			

ПОРЯДОК формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применен коэффициент дифференциации – 1,28, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями).

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцировано с учетом среднего коэффициента уровня оказания медицинской помощи (СКУС) для медицинских организаций 2 уровня, и составляет 1,1.

1. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) осуществляется:

- по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, за исключением средства на оплату:

- посещений

по неотложной медицинской помощи;

по прохождению диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан (1 этап);

- услуг гемодиализа.

В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате по подушевому нормативу посещения, выполненные застрахованным в рамках диспансеризации (1 этап) и профилактических медицинских осмотров и неотложной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи и услуг гемодиализа.

Оплата медицинской помощи по видам, не включенным в подушевой норматив, производится за единицу объема медицинской помощи по тарифам установленным Тарифным соглашением.

Показатели результативности оказания медицинской помощи для медицинской организации, рассчитываются ежемесячно (приложение 25 к настоящему Тарифному соглашению).

Подушевой норматив для определения объемов финансовых средств для оплаты медицинской помощи рассчитывается на одно застрахованное лицо прикрепленное к соответствующей медицинской организации в пределах

средств, определенных Программой ОМС на 2019 год и осуществляется ТФОМС города Байконур, исходя из численности застрахованных граждан.

Численность и половозрастной состав застрахованного населения для расчета подушевых нормативов для оплаты медицинской помощи принимается в соответствии с актом сверки численности застрахованного населения между МО и СМО по состоянию на 1 число месяца.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой по всем видам оказания медицинской помощи вне зависимости от применяемого способа оплаты, отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

2. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи

2.1. Оплата в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи применяется при оказании неотложной медицинской помощи и законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан (1 этап), а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами города Байконур, территории которого выдан полис ОМС.

Оплата за единицу объема медицинской помощи осуществляется в соответствии с утвержденными тарифами:

2.1.1. За посещение:

- посещения с профилактической целью (не связанные с возникновением внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний или иной патологии) приведены в (приложение 3 к настоящему Тарифному соглашению), в том числе:

- в связи с диспансеризацией определенных групп населения приведены в (приложения 4, 5, 7, 8, к настоящему Тарифному соглашению) за законченный случай;

- в связи с прохождением профилактических медицинских осмотров в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации приведены в (приложение 6, 9) к настоящему Тарифному соглашению).

Посещения с иными целями включает:

посещения в связи с диспансерным наблюдением (врачом пациента на дому), патронажем, активное посещение, включая консультации врачей-специалистов (не связанное с оказанием неотложной медицинской помощи);

разовые посещения в связи с заболеванием, для получения направления на консультацию (в том числе однократное посещение врача терапевта-участкового, врача педиатра-участкового, для получения направления к врачам специалистам), госпитализацию, получение справок, в том числе рецептов, оформление санаторно-курортной карты и других медицинских документов;

случаи однократного консультирования и оказания медицинской помощи при количестве посещений не более 1, не связанные с оказанием неотложной медицинской помощи.

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

Первый и второй этапы диспансеризации отдельных групп взрослого населения, профилактический медицинский осмотр взрослого населения, первые этапы диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних предъявляются к оплате после завершения комплекса работ (услуг), утвержденных приказами Минздрава России от 26.10.2017 N 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения", от 06.12.2012 N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра", от 15.02.2013 N 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации", от 11.04.2013 N 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", от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" по тарифам, указанным в (приложениях № 4-9 к настоящему Тарифному соглашению).

При выявлении у взрослого населения в процессе проведения профилактических мероприятий медицинских показаний к проведению исследований и осмотров, не входящих в утвержденные перечни осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I и II этапов диспансеризации и профилактического осмотра в определенные возрастные периоды они назначаются и выполняются гражданину с учетом положений порядков оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния) и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, оплачиваются по тарифам посещения/обращения и включены в подушевой норматив финансирования.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагностика которого не входит в Перечень исследований пациент направляется на второй этап, оплата которого осуществляется по тарифам посещения/обращения и включены в подушевой норматив.

Тарифы первого этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, подлежат оплате в соответствии с (приложением 4).

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения по утвержденным тарифам за комплексное посещение (приложение 4) производится в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации или медицинского осмотра), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований).

Случай диспансеризации детей-сирот и медицинских осмотров несовершеннолетних считается законченным (I этап) при условии проведения осмотра врачом-психиатром. При этом в структуру тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования расходы на проведение осмотра врачом-психиатром не включаются. Данный вид расходов оплачивается в рамках государственного задания в соответствии с Федеральным Законом № 83-ФЗ от 08 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (с изменениями).

Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в порядке, установленном для диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Посещение в неотложной форме (приложение 10 к настоящему Тарифному соглашению).

Посещения, в том числе на дому, с целью оказания неотложной помощи подлежат 100% оплате.

В случае продолжения лечения, при кратности посещения 1 раз - случай подается на оплату как разовое посещение по поводу заболевания по соответствующему тарифу к врачу – специалисту.

В случае продолжения лечения, при кратности 2-х и более подается на оплату по тарифу обращения по заболеванию (законченный случай).

Одно посещение по заболеванию не может считаться обращением по заболеванию.

При оплате стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, единицей объема считается посещение, а также обращение по поводу заболевания, стоимость которых рассчитывается с учетом содержащихся в них количества условных единиц трудоемкости (УЕТ). При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение согласно (приложения 12 к настоящему Тарифному соглашению).

Классификатор основных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) представлен в (приложение 21 к настоящему Тарифному соглашению).

2.1.2. За обращение по поводу заболевания – законченный случай (приложение 11).

Обращение по поводу заболевания считается законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях - оказание первичной доврачебной (оказываемой зубными врачами), врачебной медико-санитарной, а также первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, при количестве посещений не менее двух по поводу одного заболевания, с завершённым результатом лечения, не требующего дальнейшего обращения по тому же поводу (за исключением стоматологии).

Обращением по поводу заболевания (законченным случаем) вне зависимости от количества посещений пациента и объема диагностических исследований является оказание медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях, травмах, требующих длительного и непрерывного (более 1 месяца) лечения от момента обращения пациента до получения результата. В этих случаях каждый месяц лечения является законченным случаем оказания медицинской помощи и подлежит оплате по тарифу обращения по соответствующей специальности.

Учет обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» по форме, согласно приложению 3 к приказу Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н.

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

При формировании реестра счета, код врачебной специальности и тариф законченного случая должен соответствовать специальности врача, закрывшего Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Код заболевания по МКБ-10 устанавливается по основному (уточненному) заболеванию.

Оплате не подлежат посещения и обращения, в том числе:

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

амбулаторные посещения в период пребывания пациента в круглосуточном и дневном стационарах;

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

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

В амбулаторных условиях в тариф посещения и в подушевой норматив в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс при лечении основного и/или сопутствующего заболевания, включены расходы на оплату лабораторных и диагностических услуг, проведение операций (манипуляций), физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, лечебную физкультуру, услуги процедурного кабинета, проведение рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических и прочих диагностических исследований. Лекарственное обеспечение при амбулаторно-поликлиническом лечении осуществляется за счет средств пациента.

2.2. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (приложение 13);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет мене 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Оплата сверхкоротких случаев для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения приведена в (приложение 14).

Оплата прерванных случаев лечения, оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости законченного случая лечения;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости законченного случая лечения.

По каждому прерванному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, применены коэффициенты управления по КПП, коэффициенты относительной затратноемкости на основе КПП (приложение 15).

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) установлен к отдельным случаям оказания медицинской помощи в (приложение № 16).

Подушевой норматив и тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, включают затраты за счет средств ОМС

в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по оказанию медицинской помощи при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и (или) требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного отделения, приемного отделения, консультации специалистов, оперативные пособия, в том числе выполненные малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезий, включая наркоз, реанимацию и интенсивную терапию, лабораторные, рентгенологические исследования, другие диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж и лечебную физкультуру).

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

2.3. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара:

- за единицу объема медицинской помощи применяется (также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами города Байконур, территории которого выдан полис ОМС):

- за законченный случай лечения заболевания, входящего в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (приложение 17);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

К прерванным относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Оплата сверхкоротких случаев для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения приведена в (приложение 14).

Оплата прерванных случаев лечения, оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости законченного случая лечения;

- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости законченного случая лечения.

По каждому прерванному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, применены коэффициенты управления по КПП, коэффициенты относительной затратноемкости на основе КПП (приложение 18).

Оплата гемодиализа осуществляется за услугу(сеанс) и оплачивается в рамках законченного случая лечения заболевания. При пожизненном характере проводимого лечения, случай лечения подается к оплате один раз в месяц с учетом количества услуг гемодиализа. Базовый тариф на оплату гемодиализа установлен в (приложении 19).

В период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами и расходными материалами, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

2.4. Оплата скорой медицинской помощи:

- оплата скорой медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией города Байконур лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, производится по тарифу стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в (приложении 20).

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

В условиях круглосуточного и дневного стационаров осуществляется обеспечение граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, медицинской помощи в дневных стационарах, а также скорой и неотложной медицинской помощи.

Затраты на питание включены только при оказании медицинской помощи при круглосуточном пребывании в стационаре (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г № 395н);

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

Взимание платы с граждан за расходные материалы, мягкий инвентарь и медицинский инструментарий, другие изделия медицинского назначения,

используемые при оказании медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, входящих в Программу ОМС, не допускается.

Объемы предоставления медицинской помощи устанавливаются решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур, с последующей корректировкой при ее обоснованности.

В соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ, пунктом 110 Правил ОМС оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов, счетов-реестров за оказанную медицинскую помощь в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования жителей города Байконур, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Приложение № 3
к тарифному соглашению на 2019 год

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных
условиях по посещениям

Специальности	Тариф, руб.	
	взрослые	дети
Педиатрия		810,91
Терапия	537,72	
Эндокринология	1106,24	1106,24
Неврология	637,92	637,92
Хирургия	572,86	572,86
Травматолог-ортопед		572,86
Урология	463,54	463,54
Онкология	572,86	
Акушерство-гинекология	750,63	750,63
Отоларингология	446,44	446,44
Офтальмология	382,70	382,70
Дерматология	461,92	461,92

Приложение № 4
к тарифному соглашению на 2019 год

Тариф законченного случая при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения по I этапу, с учетом дифференциации по полу и возрасту в определенные возрастные периоды (по приказу Минздрава России № 869н от 26.10.2017 г.)

1 раз в 3 года

Пол	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*
м	21, 24, 27, 30, 33	730,67
м	36, 39, 42, 48, 54, 87, 90, 93, 96, 99	820,64
м	60, 66, 72, 75, 78, 81, 84	909,66
м	45, 57	1278,68
м	63, 69	1364,49
м	51	1737,19
Пол	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.*
ж	21, 24, 27	730,67
ж	87, 90, 93, 96, 99	821,39
ж	72, 75, 78, 81, 84	909,66
ж	30, 33, 36	1232,09
ж	63, 66, 69	1360,82
ж	39, 42	1680,79
ж	45, 48, 51, 54, 57	1773,96
ж	60	1859,78

1 раз в 2 года

Пол	Возраст	Стоимость законченного случая, руб.
Ж	50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68	1110,58

* Стоимость законченного случая при проведении диспансеризации взрослого населения рассчитана согласно приложению 6 совместного письма от 21.11.2018 Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №14525/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», с учетом коэффициента дифференциации, установленного на федеральном уровне к доле расходов в составе тарифа на заработную плату.

Приложение № 6
к тарифному соглашению на 2019 год

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

Возраст	Пол	Стоимость законченного случая, руб.
18 и старше	М	1110,58
18-38	Ж	1110,58
39 и старше	Ж	1683,44

Приложение № 7
к тарифному соглашению на 2019 год

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

Пол пациентки/пациента:	Возраст пациентки/пациента:					
	от 0 до 2 лет	от 3 до 4 лет	от 5 до 6 лет	от 7 до 13 лет	14 лет	от 15 до 17 лет
1	2	3	4	5	6	7
женский	4174,32	4725,92	5832,16	5832,16	5832,16	5832,16
мужской	3887,23	4438,83	5545,07	5545,07	5545,07	5545,07

Приложение № 8
к тарифному соглашению на 2019 год

Тарифы законченного случая при проведении диспансеризации
пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в
трудной жизненной ситуации (по приказу
Минздрава России № 72н от 15.02.2013)

Стоимость законченного случая при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации		
Пол	Возраст	Тариф, руб.*
м/ж	0-17	4788,60

* Стоимость законченного случая при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации рассчитана согласно приложению 6 совместного письма от 21.11.2018 Министерства здравоохранения Российской Федерации №11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №14525/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», с учетом коэффициента дифференциации, установленного на федеральном уровне к доле расходов в составе тарифа на заработную плату.

Приложение № 9
к тарифному соглашению на 2019 год

Тарифы законченного случая для проведения профилактических
осмотров несовершеннолетних по I этапу
(по приказу Минздрава России № 514н от 10.08.2017)

Возраст пациента (с учетом разбивки на определенные возрастные периоды)	Стоимость законченного случая, руб.	
	Мальчики	Девочки
новорожденный	810,91	810,91
1 месяц	2955,99	2955,99
2 месяца	810,91	810,91
3 месяца	1383,77	1383,77
4 месяца	810,91	810,91
5 месяцев	810,91	810,91
6 месяцев	810,91	810,91
7 месяцев	810,91	810,91
8 месяцев	810,91	810,91
9 месяцев	810,91	810,91
10 месяцев	810,91	810,91
11 месяцев	810,91	810,91
12 месяцев	3386,72	3423,69
1 год 3 месяца	810,91	810,91
1 год 6 месяцев	810,91	810,91
2 года	1362,51	1362,51
3 года	3829,00	4153,06
4 года	1362,51	1362,51
5 лет	1362,51	1362,51
6 лет	4401,86	4725,92
7 лет	2792,60	2829,57
8 лет	1362,51	1362,51
9 лет	1362,51	1362,51
10 лет	3743,70	4062,23
11 лет	1362,51	1362,51
12 лет	1362,51	1362,51
13 лет	1708,24	1745,21
14 лет	1826,05	2113,14
15 лет	5508,10	5832,16
16 лет	5508,10	5832,16
17 лет	5508,10	5832,16

Приложение № 10
к тарифному соглашению на 2019 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных по неотложной
медицинской помощи

Профиль	Тариф, руб.*
Неотложная медицинская помощь, оказанная врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами-специалистами	771,80

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

Приложение № 11
к тарифному соглашению на 2019 год

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

Специальности	Тариф, руб.	
	Взрослые	Дети
Педиатрия		2455,04
Терапия	1054,94	
Эндокринология	4072,55	4072,55
Неврология	1575,95	1575,95
Хирургия	1304,18	1304,18
Травматолог-ортопед		1304,18
Онкология	1304,18	
Урология	741,03	
Акушерство-гинекология	2818,01	2818,01
Отоларингология	1081,34	1081,34
Офтальмология	732,33	732,33
Дерматология	1185,88	1185,88

Приложение № 12
к тарифному соглашению на 2019 год

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

Специальности	Взрослые	Дети
1	2	3
Стоматология 1 УЕТ, руб.	281,60	351,34

Приложение № 13
к тарифному соглашению на 2019 год

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

Профиль медицинской помощи	в рублях	
	Взрослые	Дети
Акушерство и гинекология	36161,43	34846,47
Аллергология и иммунология	41092,54	-
Гастроэнтерология	41026,79	-
Дерматология	34228,44	35240,96
Инфекционные болезни	33147,29	34749,90
Кардиология	52043,70	-
Неврология	46023,64	50630,61
Нейрохирургия	54242,15	49311,04
Неонатология	-	97307,12
Оториноларингология	34677,99	34320,49
Педиатрия	-	35175,21
Терапия	32997,31	-
Травматология и ортопедия	53707,12	-
Урология	40602,71	-
Хирургия	48078,27	-
Детская хирургия	-	45201,79
Челюстно-лицевая хирургия	48489,19	-

Приложение № 14
к тарифному соглашению на 2019 год

**Перечень клинико-профильных групп,
относящихся к случаям сверхкороткого пребывания
в круглосуточном и дневном стационарах**

Профиль медицинской помощи (КПП)	Код по МКБ-10	
	Круглосуточный стационар	Дневной стационар
Хирургия	Z 47.0	
		Z 47.8
	K 10.2	
	L 02.0	L 02.0
	S 06.0	
		Z 51.1, Z 51.2
		D 17
Терапия		D 23
	I 86.1	I 86.1
	T 78	
	L 25	L 25
	L 50.0	L 50.0
Педиатрия	T 36- T50	
		Z 51.1, Z 51.2
	L 50.0	L 50.0
	T 78	

Приложение № 15
к тарифному соглашению на 2019 год

**Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной
затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях
круглосуточного стационара)**

Базовая ставка финансового обеспечения на 2019 год	37 356, 85 руб.	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент управления
Акушерство и гинекология	0,8	1,10
Акушерство и гинекология, дети	0,8	1,06
Аллергология и иммунология	1,25	0,8
Гастроэнтерология	1,04	0,96
Дерматология	0,8	1,04
Дерматология, дети	0,8	1,07
Детская хирургия	1,10	1,00
Инфекционные болезни	0,65	1,24
Инфекционные болезни, дети	0,65	1,30
Кардиология	1,49	0,85
Неврология	1,12	1,00
Неврология, дети	1,12	1,10
Нейрохирургия	1,2	1,10
Нейрохирургия, дети	1,2	1,00
Неонатология	2,96	0,8
Оториноларингология	0,87	0,97
Оториноларингология, дети	0,87	0,96
Педиатрия	0,8	1,07
Терапия	0,73	1,10
Травматология и ортопедия	1,37	0,95
Урология	1,2	0,82
Хирургия	0,9	1,30
Челюстно-лицевая хирургия	1,18	1,00

Приложение № 16
к тарифному соглашению на 2019 год

Случаи по КПП, для которых применяется коэффициент сложности
лечения пациента (КСЛП)

КПП, для которых применяется КСЛП	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет)	Предельное значение КСЛП
Педиатрия		1,2
Нейрохирургия		1,2
Инфекционные болезни		1,2
Детская хирургия		1,2

Приложение №17
к тарифному соглашению на 2019 год

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

в рублях

Специальности	Взрослые	Дети
Акушерство-гинекология	20640,71	
Неврология	25913,07	24028,48
Оториноларингология	21986,84	23745,79
Педиатрия		22534,27
Терапия	18262,54	
Травматология	26642,22	
Урология	23525,92	
Хирургия	21672,75	

Приложение № 18
к тарифному соглашению на 2019 год

Коэффициенты управления по КПП, Коэффициенты относительной
затратоемкости КСГ/КПП (для медицинской помощи, оказанной в условиях
дневного стационара)

Базовая ставка финансового обеспечения на 2019 год	20 395,96 руб.	
Профиль КПП	Коэффициент относительной затратоемкости	Коэффициент управления
Акушерство и гинекология	0,8	1,15
Неврология	1,05	1,10
Неврология, дети	1,05	1,02
Оториноларингология	0,98	1,00
Оториноларингология, дети	0,98	1,08
Педиатрия	0,93	1,08
Терапия	0,74	1,10
Травматология	1,25	0,95
Урология	0,98	1,07
Хирургия	0,92	1,05

Приложение № 19
к тарифному соглашению на 2019 год

Стоимость услуги гемодиализа в условиях дневного стационара

Код услуги	Наименование услуги	Единица оплаты	Базовый тариф, руб.	Коэффициент относительной затратоемкости	Стоимость услуги, руб.
A18.05.002	Гемодиализ	услуга	7872,00	1,0	7872,00

Приложение № 20
к тарифному соглашению на 2019 год

Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

Специальности	Тариф, руб.
Скорая медицинская помощь	2969,46

**СРЕДНЕЕ КОЛИЧЕСТВО УЕТ В ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ,
ПРИМЕНЯЕМОЕ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ОБЪЕМА И СТОИМОСТИ
ПОСЕЩЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Код услуги	Наименование услуги	Число УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
AI 2.07.001	Витальное окрашивание твердых тканей зуба	0,35	0,35
A12.07.003	Определение индексов гигиены полости рта	0,61	0,61
A 12.07.004	Определение пародонтальных индексов	0,76	0,76
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,96	0,96
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,31	0,31
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	0,5
A06.30.002	Описание и интерпретация рентгенографических изображений	0,93	0,93
A06.07.010	Радиовизиография челюстно-лицевой области	0,75	0,75
A06.07.003	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	0,75	0,75
AI1.07. 026	Взятие образца биологического материала из очагов поражения органов рта	1,12	1,12
A11.01.019	Получение соскоба с эрозивно-язвенных элементов кожи и слизистых оболочек	1,12	1,12
A11.07.011	Инъекционное введение лекарственных препаратов в челюстно-лицевую область	1,1	1,1
A25.07.001	Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях полости рта и зубов	0,25	0,25
A05.07.001	Электроодонтометрия зуба	0,42	0,42
B01.064.003	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского первичный		1,95
BO 1.064.004	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского повторный		1,37
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,19
B01.065.007	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный	1,68	1,95
B01.065.008	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	1,18	1,37
B04.065.005	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,25	1,19
B01.065.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный	1,68	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта повторный	1,18	
B04.065.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация)	1,25	

	врача-стоматолога-терапевта		
BO 1.065.003	Прием (осмотр, консультация) зубного врача первичный	1,68	1,95
B01.065.004	Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный	1,18	1,37
B04.065.003	Диспансерный прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,25	1,19
BO 1.065.005	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный	1,5	1,5
B01.065.006	Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный	0,9	0,9
AO3.07.001	Люминесцентная стоматоскопия	0,63	0,63
A11.07.010	Введение лекарственных препаратов в пародонтальный карман	0,99	0,99
A11.07.022	Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта	0,45	0,45
A16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов ¹	2	2
A16.07.082	Сошлифовывание твердых тканей зуба	0,25	0,25
A11.07.023	Применение метода серебрения зуба	0,88	0,88
A15.07.003	Наложение лечебной повязки при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонта в области одной челюсти	2	2
A 16.07.002.001	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цементов ²	1,53	1,53
A 16.07.002.002	Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	1,95	1,95
A16.07.002.003	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цементов ²	1,85	1,85
AI 6.07.002.004	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	2,5	2,5
A16.07.002.005	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цементов ²	2,45	2,45
A16.07.002.006	Восстановление зуба пломбой пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения ²	3,25	3,25
A 16.07.002.007	Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку ²	1,95	1,95
A16.07.002.008	Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку ²	2,33	2,33
A16.07.002.010	Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров ²	3,35	3,35
A16.07.002.011	Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с	3,75	3,75

	использованием материалов из фотополимеров ²		
A16.07.002.012	Восстановление зуба пломбой IV класс по Блеку с использованием материалов из фотополимеров ²	4	4
A16.07.002.009	Наложение временной пломбы	1,25	1,25
A16.07.091	Снятие временной пломбы	0,25	0,25
A16.07.092	Трепанация зуба, искусственной коронки	0,48	0,48
A16.07.008.001	Пломбирование корневого канала зуба пастой	1,16	1,16
A16.07.008.002	Пломбирование корневого канала зуба гуттаперчевыми штифтами	1,7	1,7
A11.07.027	Наложение девитализирующей пасты	0,03	0,03
A16.07.009	Пульпотомия (ампутация коронковой пульпы)	0,21	0,21
A16.07.010	Экстирпация пульпы	0,46	0,46
A16.07.019	Временное шинирование при заболеваниях пародонта ³	1,98	1,98
A16.07.020.001	Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ручным методом ⁴	0,32	0,32
A16.07.025.001	Избирательное полирование зуба	0,2	0,2
A22.07.002	Ультразвуковое удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений в области зуба ⁴	0,2	0,2
A16.07.030.001	Инструментальная и медикаментозная обработка хорошо проходимого корневого канала	0,92	0,92
A16.07.030.002	Инструментальная и медикаментозная обработка плохо проходимого корневого канала	1,71	1,71
A16.07.030.003	Временное пломбирование лекарственным препаратом корневого канала	0,5	0,5
A16.07.039	Закрытый кюретаж при заболеваниях пародонта в области зуба ⁴	0,31	0,31
A 16.07.082.001	Распломбировка корневого канала ранее леченного пастой	2	2
A16.07.082.002	Распломбировка одного корневого канала ранее леченного фосфатцементом/резорцин-формальдегидным методом	3,55	3,55
B01.067.001	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный	1,4	1,4
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный	1,08	1,08
A11.03.003	Внутрикостное введение лекарственных препаратов	0,82	0,82
A15.03.007	Наложение шины при переломах костей ⁵	6,87	6,87
A15.03.011	Снятие шины с одной челюсти	1,43	1,43
A 15.04.002	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов	2,55	2,55
A15.07.001	Наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) зубов	2,96	2,96

A11.07.001	Биопсия слизистой полости рта	1,15	1,15
A11.07.002	Биопсия языка	1,15	1,15
A11.07.005	Биопсия слизистой преддверия полости рта	1,15	1,15
A11.07.007	Биопсия тканей губы	1,15	1,15
A11.07.008	Пункция кисты полости рта	0,91	0,91
A11.07.009	Бужирование протоков слюнных желез	3,01	3,01
A11.07.013	Пункция слюнной железы	0,91	0,91
A11.07.014	Пункция тканей полости рта	0,91	0,91
A11.07.015	Пункция языка	0,91	0,91
A11.07.016	Биопсия слизистой ротоглотки	1,15	1,15
A11.07.018	Пункция губы	0,91	0,91
A11.07.019	Пункция патологического образования слизистой преддверия полости рта	0,91	0,91
A11.07.020	Биопсия слюнной железы	1,15	1,15
A15.01.003	Наложение повязки при операции в челюстно-лицевой области	1,06	1,06
A15.07.002	Наложение повязки при операциях в полости рта	1,06	1,06
A16.01.004	Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани ⁶	1,3	1,3
A16.01.008	Сшивание кожи и подкожной клетчатки ⁷	0,84	0,84
A16.07.097	Наложение шва на слизистую оболочку рта	0,84	0,84
A16.01.012	Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса)	2	2
A16.01.016	Удаление атеромы	2,33	2,33
A16.01.030	Иссечение грануляции	2,22	2,22
A16.04.018	Вправление вывиха сустава	1	1
A16.07.095.00i	Остановка луночного кровотечения без наложения швов методом тампонады	1,25	1,25
A16.07.095.002	Остановка луночного кровотечения без наложения швов с использованием гемостатических материалов	1	1
A16.07.001.001	Удаление временного зуба	1,01	1,01
A16.07.001.002	Удаление постоянного зуба	1,55	1,55
A16.07.001.003	Удаление зуба сложное с разъединением корней	2,58	2,58
A16.07.024	Операция удаления ретинированного, дистопированного или сверхкомплектного зуба	3	3
A 16.07.040	Лоскутная операция в полости рта	2,7	2,7
A16.07.007	Резекция верхушки корня	3,78	3,78
A16.07.011	Вскрытие подслизистого или поднадкостничного очага воспаления в полости рта	1	1
A16.07.012	Вскрытие и дренирование одонтогенного абсцесса	0,97	0,97
A16.07.013	Отсроченный кюретаж лунки удаленного зуба	1,03	1,03
A16.07.014	Вскрытие и дренирование абсцесса полости	2,14	2,14

A16.07.0i5	Вскрытие и дренирование очага воспаления мягких тканей лица или дна полости рта	2,41	2,41
A16.07.016	Цистотомия или цистэктомия	3,89	3,89
A16.07.017.002	Коррекция объема и формы альвеолярного отростка ⁹	1,22	1,22
A16.07.026	Гингивэктомия	4,3	4,3
A16.07.089	Гингивопластика	4,3	4,3
A16.07.038	Открытый юретаж при заболеваниях пародонта в области зуба ⁴	1	1
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2,1	2,1
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2,1	2,1
A16.07.044	Пластика уздечки языка	1	1
A16.07.096	Пластика перфорации верхнечелюстной пазухи	4	4
A16.07.008.003	Закрытие перфорации стенки корневого канала зуба	1,8	1,8
A16.07.058	Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона)	1,04	1,04
A16.07.059	Гемисекция зуба	2,6	2,6
A11.07.025	Промывание протока слюнной железы	1,85	1,85
A16.22.0I2	Удаление камней из протоков слюнных желез	3	3
A16.30.064	Иссечение свища мягких тканей	2,25	2,25
A16.30.069	Снятие послеоперационных швов (лигатур)	0,38	0,38
B01.054.001	Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	1,5	1,5
A17.07.001	Электрофорез лекарственных препаратов при патологии полости рта и зубов	1,5	1,5
A17.07.003	Диатермокоагуляция при патологии полости рта и зубов	0,5	0,5
A17.07.004	Ионофорез при патологии полости рта и зубов	1,01	1,01
A17.07.006	Депозит-форез корневого канала зуба	1,5	1,5
A17.07.007	Дарсонвализация при патологии полости рта	2	2
A17.07.008	Флюктуоризация при патологии полости рта и зубов	1,67	1,67
A17.07.009	Воздействие электрическими полями при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.010	Воздействие токами надтональной частоты (ультратонотерапия) при патологии полости рта и зубов	1	1
A17.07.011	Воздействие токами ультравысокой частоты при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A17.07.012	Ультравысокочастотная индуктотермия при патологии полости рта и зубов	1,25	1,25
A20.07.001	Гидроорошение при заболевании полости рта и зубов	1,5	1,5
A21.07.001	Вакуум-терапия в стоматологии	0,68	0,68
A22.07.005	Ультрафиолетовое облучение ротоглотки	1,25	1,25
A22.07.007	Ультрафонофорез лекарственных препаратов на область десен	1	1
Ортодонтия			

V01.063.001	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта первичный		4,21
V01.063.002	Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный		1,38
V04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта		1,69
A02.07.004	Антропометрические исследования		1,1
A23.07.002.027	Изготовление контрольной модели		2,5
A02.07.010.001	Снятие оттиска с одной челюсти		1,4
A02.07.010	Исследование на диагностических моделях челюстей		2
A23.07.001.00i	Коррекция съемного ортодонтического аппарата		1,75
A23.07.003	Припасовка и наложение ортодонтического аппарата		1,8
A23.07.001.002	Ремонт ортодонтического аппарата		1,55
A23.07.002.037	Починка перелома базиса самотвердеющей пластмассой		1,75
A23.07.002.045	Изготовление дуги вестибулярной с дополнительными изгибами		3,85
A23.07.002.073	Изготовление дуги вестибулярной		2,7
A23.07.002.051	Изготовление кольца ортодонтического		4
A23.07.002.055	Изготовление коронки ортодонтической		4
A23.07.002.058	Изготовление пластинки вестибулярной		2,7
A23.07.002.059	Изготовление пластинки с заслоном для языка (без кламмеров)		2,5
A23.07.002.060	Изготовление пластинки с окклюзионными накладками		18,0
A16.07.053.002	Распил ортодонтического аппарата через винт		1
Профилактические услуги			
V04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского		1,57
V04.065.006	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога	1,3	1,57
V04.065.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта	1,3	
V04.065.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) зубного врача	1,3	1,3
A11.07.012	Глубокое фторирование эмали зуба	0,3	0,3
A 11.07.024	Местное применение реминерализующих препаратов в области зуба ⁴	0,7	0,7
A13.30.007	Обучение гигиене полости рта	0,87	0,87
A16.07.057	Запечатывание фиссуры зуба герметиком	1	1

Примечания:

- 1 - одного квадранта
2 - включая полирование пломбы
3 - трех зубов
4 - одного зуба
5 - на одной челюсти

- 6 - без наложения швов
7 - один шов
8 - в области двух-трех зубов
9 - в области одного-двух зубов

Приложение № 22
к тарифному соглашению на 2019 год

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории города Байконур

Код дефекта № в (НСИ)	Дефекты, нарушения	Санкции		Примечание
		Коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи **	Коэффициент для определения размера штрафа **	
1	2	3	4	5
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц				
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:			
1.1.1. (1)	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	0,3	
1.1.2. (2)	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	0,3	
1.1.3. (3)	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания (пп. 1.1.3 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 N 45), предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в	-	0,3	

	экстренной форме (условия оказания медицинской помощи, сроки ожидания) (п. 1.1.3 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)			
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.2.1. (4)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	1,0	
1.2.2. (5)	повлекший за собой причинение вреда здоровью либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.		3,0	
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:			
1.3.1 (6)	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания.	-	1,0	Не применяется на территории страхования
1.3.2. (7)	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). (п. 1.3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)		3,0	Не применяется на территории страхования

1.4. (8)	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования. <i>(п. 1.4 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)</i>	1,0	1,0	
1.5. (9)	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в "Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств", согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. <i>(п. 1.5 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 г. № 130)</i>	0,5	0,5	
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованных лиц				
2.1 (10)	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	1,0	
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации, в том числе:			
2.2.1. (11)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	
2.2.2. (12)	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.3. (13)	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	0,5	
2.2.4. (14)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	

2.2.5. (15)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;	-	0,5	
2.2.6. (16)	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.	-	0,5	
2.3. (17)	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		1,0	
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации, в том числе:			
2.4.1. (18)	о режиме работы медицинской организации;	-	0,5	
2.4.2. (19)	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, в том числе сроков ожидания медицинской помощи;	-	0,5	
2.4.3. (20)	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	0,5	
2.4.4. (21)	о показателях доступности и качества медицинской помощи;	-	0,5	
2.4.5. (22)	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи	-	0,5	

	бесплатно;			
2.4.6. (23)	перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50% скидкой со свободных цен.		0,5	
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи				
3.1. (24)	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0	
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи: <i>(п. 3.2 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130).</i>			
3.2.1. (25)	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	-	
3.2.2. (26)	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,3	-	
3.2.3. (27)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,4	-	

3.2.4. (28)	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке);	0,9	1,0	
3.2.5. (29)	приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	1,0	3,0	
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий: <i>(п. 3.3 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)</i>			
3.3.1. (30)	приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;	<i>исключен. - Приказ ФФОМС от 29.12.2015 № 277;</i>		
3.3.2. (31)	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	0,4		
3.4. (32)	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	0,5		
3.5. (33)	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре;	0,5		

	повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова. (п. 3.5 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 № 45)			
3.6. (34)	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1,0	
3.7. (35)	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	0,7	0,3	
3.8. (36)	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	0,6	-	
3.9. (37)	Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.	<i>Утратил силу - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130.</i>		

3.10. (38)	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	1,0		
3.11. (39)	Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).	<i>Утратил силу. - Приказ ФФОМС от 22.02.2017 N 45.</i>		
3.12. (40)	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	0,3		
3.13. (41)	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	0,3	0,3	
3.14. (42)	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории (<i>п.3.14 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 №277</i>) вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0	
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации				
4.1. (43)	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	1,0		

4.2. (44)	Отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи. <i>(п. 4.2 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 N 45)</i>	0,1		
4.3. (45)	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства письменного согласия на лечение в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	0,1		
4.4. (46)	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания). <i>(п. 4.4 в ред. Приказа ФФОМС от 29.12.2015 N 277)</i>	0,9		
4.5. (47)	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	1,0		
4.6. (127)	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов. <i>(п. 4.6 в ред. Приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130)</i>	1,0	1,0	

4.6.1. (48)	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;	<i>утратили силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130;</i>		
4.6.1 (128)	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы. <i>(п. 4.6.1 в ред. Приказа ФФОМС от 22.02.2017 N 45)</i>			
4.6.2. (49)	несоответствие сроков лечения согласно первичной медицинской документации застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета.	<i>утратили силу. - Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130;</i>		
4.6.2	Включение в счет на оплату медицинской помощи/медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту. <i>(п. 4.6.2 введен Приказом ФФОМС от 22.02.2017 N 45)</i>			

Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов

5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:			
5.1.1. (50)	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1,0	-	
5.1.2. (51)	сумма счета не соответствует итоговой сумме представленной медицинской помощи по реестру счетов;	1,0	-	
5.1.3. (52)	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	1,0	-	
5.1.4. (53)	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1,0	-	
5.1.5. (54)	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1,0	-	

5.1.6. (55)	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	1,0	-	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:			
5.2.1. (56)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	1,0	-	
5.2.2. (57)	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	1,0	-	
5.2.3. (58)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	1,0	-	
5.2.4. (59)	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	1,0	-	
5.2.5. (60)	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	1,0	-	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:			
5.3.1. (61)	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования;	1,0	-	

5.3.2. (62)	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	1,0	-	
5.3.3. (63)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	1,0	-	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь, в том числе:			
5.4.1. (64)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	1,0	-	
5.4.2. (65)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	1,0	-	
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе:			
5.5.1. (66)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1,0	-	
5.5.2. (67)	представление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	1,0	-	

5.5.3. (68)	представление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов);	1,0	-	
5.6. (69)	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	1,0	-	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:			
5.7.1. (70)	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, который был оплачен ранее);	1,0	-	
5.7.2. (71)	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1,0	-	
5.7.3. (72)	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1,0	-	
5.7.4. (73)	стоимость услуги включена в норматив финансирования обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования;	1,0	-	
5.7.5. (74)	включения в реестр счетов следующих видов медицинской помощи, в том числе: амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских	1,0	-	

	организациях в рамках стандартов медицинской помощи) пациенто - дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационар (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);			
5.7.6. (75)	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1,0	-	

Примечание:

1). * Раздел 5 Перечня – нарушения, связанные исключительно с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, выявляемые на этапе медико-экономического контроля (МЭК).

2). Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: $C = H + C_{шт}$, где:

H – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{шт}$ - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$H = PT \times K_{но}$ - где:

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующей на дату оказания медицинской помощи;

$K_{но}$ - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества $C_{шт}$, рассчитывается по формуле: $C_{шт} = PP \times K_{шт}$ где:

PP – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафа в соответствии с Перечнем оснований.

Приложение № 23
к тарифному соглашению на 2019 год

Перечень показателей результативности деятельности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП, их целевые значения и порядок применения

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя-Число баллов	Примечание:
1	Уровень госпитализации прикрепленного населения от общей численности прикрепленного населения:	%	Ежемесячно	$У_{гос.} = Ч_{гос.} / Ч_{общ} * 100\%$, где	1% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется исключить диагнозы, связанные с внешними причинами заболеваемости: за исключением госпитализаций по поводу травм, отравлений, беременности и родов, инфекционных заболеваний, медицинской реабилитации (Все коды МКБ-10, кроме классов "А", "В", "О", "S", "Т").
				Ч _{гос.} - объем госпитализаций прикрепленного населения в МО	менее 1% -9,5 баллов	
				Ч _{общ} - численность прикрепленного к МО населения		
2	Частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению	ед. на 1000 прикрепленного населения	Ежемесячно	$Ч_{выз.} = К_{выз.} / Ч_{общ} * 1000$, где	Частота вызовов 230 -	
				К _{выз.} - общее количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленных лиц за текущий месяц	Частота вызовов менее 230 -9,5 баллов	
				Ч _{общ} - численность прикрепленного к МО населения		
3	Доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации	%	Ежемесячно	$Д_{пер.} = К_{об.} / Ч_{пр.} * 100\%$, где	менее 30% -10 баллов	Для оценки показателя учитываются жалобы на медицинскую организацию, поступившие в ТФОМС и СМО
				К _{об.} - количество жалоб на работу МО, признанных обоснованными	30% и более - 9,5 баллов	
				Ч _{пр.} - общее число жалоб на работу МО, принятых и рассмотренных ТФОМС и СМО		

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя-Число баллов	Примечание:
4	Летальность в круглосуточном стационаре среди прикрепленного населения	%	Ежемесячно	$L = \frac{Чу}{Чгос} * 100\%$, где	1,5 случаев -10 баллов	
				Чу - число умерших в круглосуточном стационаре МО		
				Чгос - число пролеченных в круглосуточном стационаре	более 1,5 случаев -9,5 баллов	
5	Доля пациентов с впервые установленной III - IV стадией злокачественных новообразований всех локализаций в общем числе пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	%	Ежемесячно	$Дпер. = \frac{Чпер.}{Чобщ.}$, где	1,5 случаев -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется использовать подтвержденные диагнозы в соответствии с данными персонифицированного учета
				Чпер. - число пациентов, госпитализированных в МО с впервые установленной III - IV стадией злокачественных новообразований		
				Чобщ. - общее число пациентов, госпитализированных в МО с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	менее 1,5 случаев - 9,5 баллов	
6	Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году	%	Ежемесячно	$Одис. = \frac{Vдф_{кв}}{Vдп_{кв}}$, где:	целевое значение - не менее 80 % от подлежащих диспансеризации в текущем году	Для оценки показателя может применяться индикатор отношения количества случаев II-го этапа диспансеризации к общему количеству законченных случаев диспансеризации
				Vдф – объем лиц, прошедших диспансеризацию (профосмотры) в отчетном квартале;		
				Vдп – объем лиц, подлежащих диспансеризации (профосмотрам) по плану, в отчетном квартале.		
7	Выполнение плановых объемов МП по	%		$Дмп. = \frac{Vмп}{Vмпобщ} * 100$, где:	90% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов	Примечание:
	профилактическим посещениям, установленных Комиссией по разработке ТПОМС		Ежемесячно, с нарастающим итогом	<p>V_{пп} – фактический объем посещений с профилактической целью;</p> <p>V_{общ} – плановый объем посещений с профилактической целью.</p>	<p>менее 90% -9,5 баллов</p>	контролировать соответствие фактического количества посещений функции врачебной должности в разрезе медицинских специальностей.
8	Выполнение плановых объемов МП по обращениям, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, с нарастающим итогом	<p>Д оп. = V_{об}/V_{об.общ} *100, где:</p> <p>V_{обп} – фактический объем обращений;</p> <p>V_{общ} – плановый объем обращений</p>	<p>75% -10 баллов</p> <p>менее 75% -9,5 баллов</p>	<p>Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества обращений функции врачебной должности в разрезе медицинских специальностей.</p>
9	Выполнение плановых объемов МП в круглосуточном стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС	%	Ежемесячно, с нарастающим итогом	<p>Д стац. = V_{гос.}/V_{об.гос.} *100, где:</p> <p>V_{госп} – фактический объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар;</p> <p>V_{об.госп.} плановый объем случаев госпитализации в круглосуточный стационар</p>	<p>80% -10 баллов</p> <p>менее 80% -9,5 баллов</p>	<p>Для оценки показателя рекомендуется контролировать соответствие фактического количества случаев госпитализаций в разрезе медицинских специальностей.</p>
10	Выполнение плановых объемов МП в дневном	%		Д дс. = V_{леч.}/V_{об.леч.} *100, где:	70% -10 баллов	Для оценки показателя рекомендуется

№ п/п	Показатель	Единица измерения	Периодичность оценки	Алгоритм расчета показателя:	Оценка показателя- Число баллов	Примечание:
	стационаре, установленных Комиссией по разработке ТПОМС		Ежемесячно, с нарастающим итогом	Вглич. – фактический объем случаев лечения в дневном стационаре;	менее 70% -9,5 баллов	контролировать соответствие фактического количества случаев лечения в разрезе медицинских специальностей.
Вобщ – плановый объем случаев лечения в дневном стационаре						

Методика оценки результативности МО, имеющей прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объемов МП.

1. Оценку показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляет Комиссия Территориального фонда ОМС города Байконур с приглашением представителей ГОЗ, СМО и МО ежемесячно в срок до 19 числа месяца, следующего за отчетным.
2. Оценка показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется на основании установленных показателей и баллов. Коэффициент достижения результата определяется суммарно.
3. Максимальная сумма баллов для медицинской организации составляет - 100 баллов, минимальная - 95 баллов (1 балл - 1%).
4. При сумме баллов от 100 до 96 значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации на следующий месяц не пересчитывается.
5. При сумме баллов 95 значение подушевого норматива финансирования медицинской помощи для медицинской организации уменьшается на 5% на следующий месяц.