

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи
в системе обязательного медицинского страхования
Курской области на 2013 год

г. Курск

11.01.2013 г.

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 года № 158н, приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Курской области, утвержденной постановлением Администрации Курской области от 25.12.2012 г. № 1135-па «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Курской области на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», действующими федеральными и региональными нормативными правовыми актами по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и в целях обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории Курской области

председатель Правления территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области Проскурин Владимир Викторович,

представитель комитета здравоохранения Курской области – председатель комитета здравоохранения Курской области Новикова Ольга Владимировна,

директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Курской области Курцев Андрей Владимирович,

представитель Федерации профсоюзных организаций Курской области – председатель областного комитета профсоюзов работников здравоохранения Сорокина Галина Александровна,

представители от страховых медицинских организаций – директор Курского филиала ОАО «СК «РОСНО-МС» Коломиец Игорь Владиславович и директор Курского филиала ЗАО «СМК АСК-МЕД» Конорев Леонид Анатольевич,

президент профессиональной медицинской ассоциации Курской области Сидорец Вячеслав Максимович,

в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение.

I. Общие положения.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – тарифы) – система ставок, определяющих размер оплаты медицинских услуг, а также стоимость законченного случая лечения в зависимости от набора медицинских услуг с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи

Медицинская услуга – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская услуга является единицей учета и имеет соответствующий тариф.

Объем финансовых поступлений по обязательному медицинскому страхованию – финансовые средства, полученные медицинской организацией за оказанные медицинские услуги в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования по утвержденным тарифам и в соответствии с настоящим Соглашением.

Соглашение устанавливает общие принципы оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, оказываемых медицинскими организациями на территории Курской области по видам медицинской помощи и в объемах, установленных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Курской области (далее Программа) и утвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее Комиссия).

За счет средств обязательного медицинского страхования финансируются медицинские организации любой формы собственности, имеющие полученную в установленном порядке лицензию на оказание медицинской помощи, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и заключившие договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию со страховыми медицинскими организациями (далее СМО) при условии размещения в медицинских организациях заданий по обеспечению государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам в Курской области и в пределах объемов, утвержденных Комиссией.

Медицинская организация самостоятельно регулирует выполнение утвержденных объемов медицинской помощи, в том числе путем установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением сроков ожидания, установленных Программой. При необходимости корректировки утвержденных объемов медицинской помощи, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача, медицинская организация обращается в Комиссию в установленном порядке.

Оплата лечения по педиатрическим тарифам производится застрахованным лицам, не достигшим возраста 18 лет (совершеннолетия) на дату врачебного посещения, дату госпитализации в стационар или дневной стационар любого типа.

Оплата медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, оказанной медицинскими организациями Курской области гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением и приложениями к нему

Медицинская помощь лицам, не имеющим права на получение полиса обязательного медицинского страхования, оплачивается в объемах и на основаниях, установленных действующими нормативными правовыми актами.

Способы и формы оплаты медицинской помощи, не предусмотренные настоящим Соглашением, не применяются.

II. Порядок оплаты медицинских услуг.

Областные бюджетные медицинские организации.

Финансирование областных бюджетных медицинских организаций осуществляется по принципу глобального бюджета с перечислением ежемесячно 1/12 части объема годового финансирования.

При этом каждая медицинская организация наделяется объемами посещений, пациенто-дней и койко-дней в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Далее ежемесячная сумма финансирования медицинской организации делится на три потока: амбулаторно-поликлинический, стационарзамещение, круглосуточный стационар.

Амбулаторно-поликлиническая помощь финансируется по стоимости посещения. Стоимость каждого посещения (профилактическое, по заболеванию, неотложная помощь) равняется среднему нормативу федеральных затрат по программе государственных гарантий с применением поправочных коэффициентов.

Страховые медицинские организации авансируют поликлиники в размере до 55 % от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации в составе 1/12 годового бюджета, а окончательный расчет производят по поданным на оплату посещениям.

Перевыполнение квартальных объемов посещений дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Круглосуточный стационар финансируется по законченному случаю. Законченным случаем считается случай пребывания пациента в круглосуточном стационаре. Оплата законченного случая производится по среднему нормативу федеральных затрат на один койко-день по территориальной программе обязательного медицинского страхования (в разрезе профиля коек) с применением поправочных коэффициентов.

Страховые медицинские организации авансируют круглосуточные стационары в размере до 55% от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации в составе 1/12 годового бюджета, а окончательный расчет производят по поданным на оплату законченным случаям.

Перевыполнение квартальных объемов койко-дней дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Стационарзамещающая медицинская помощь финансируется по законченному случаю. Законченным случаем считается случай пребывания пациента в дневном стационаре. Оплата законченного случая производится по среднему нормативу федеральных затрат на один пациенто-день по территориальной программе обязательного медицинского страхования (в разрезе профиля коек) с применением поправочных коэффициентов.

Страховые медицинские организации авансируют дневные стационары в размере до 55% от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации в составе 1/12 годового бюджета, а окончательный расчет производят по поданным на оплату законченным случаям.

Перевыполнение квартальных объемов пациенто-дней дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Стоматологические поликлиники.

Данная группа медицинских организаций финансируется по стоимости одного посещения с учетом средней стоимости посещения по федеральной Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов с применением поправочных коэффициентов. Одно посещение – составляет 4 УЕТ.

Страховые медицинские организации авансируют поликлиники в размере до 55% от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации в составе 1/12 годового бюджета, а окончательный расчет производят по поданным на оплату посещениям.

Перевыполнение квартальных объемов посещений дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Скорая медицинская помощь.

Финансирование скорой медицинской помощи происходит по принципу глобального бюджета с перечислением ежемесячно 1/12 части годового финансирования.

При этом каждое подразделение скорой медицинской помощи наделяется объемами вызовов по неотложной и скорой медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования с применением поправочных коэффициентов.

Страховые медицинские организации авансируют подразделения скорой медицинской помощи в размере до 55% от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации в составе 1/12 годового бюджета, а окончательный расчет производят по поданным на оплату вызовам. Стоимость вызова рассчитывается с учетом рекомендаций федеральной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов и региональных условий.

Перевыполнение квартальных объемов вызовов дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Общие положения:

В случае невыполнения качественных показателей работы (утвержденных приказом комитета здравоохранения и согласованных с ТФОМС) по любому виду помощи по итогам квартала ТФОМС направляет в адрес комитета здравоохранения Курской области предложения по принятию мер дисциплинарного и иного характера в отношении руководителя организации, подведомственной комитету здравоохранения Курской области.

В случае, если медицинская организация просчитывает дефицит финансирования на текущий месяц (анализ составляемых реестров в последние 2-5 дней месяца) в размере, нарушающем возможности бесперебойного функционирования скорой медицинской помощи, администрация направляет в ТФОМС Курской области заявку на выплату дополнительных средств, включаемых дирекцией ТФОМС Курской области после анализа ситуации и остатков на счетах медицинской организации, на основании решения Правления ТФОМС Курской области в расчет стоимости единицы объема для данной медицинской организации на следующий месяц и выплачиваются страховыми медицинскими организациями в виде дополнительного аванса в сроки оплаты реестра предыдущего месяца.

Все другие дополнительные средства, выделяемые медицинским организациям по решению Правления ТФОМС Курской области, включаются в расчет суммы финансирования на квартал, следующий за решением Правления ТФОМС Курской области, через увеличение стоимости единицы объема для данной медицинской организации.

Оценка выполнения объемов оказанной медицинской помощи осуществляется нарастающим итогом с начала года.

Медицинские организации других форм собственности.

Каждая медицинская организация наделяется объемами посещений, пациенто-дней и койко-дней в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Далее ежемесячная сумма финансирования медицинской организации делится на три потока: амбулаторно-поликлинический, стационарзамещение, круглосуточный стационар.

Амбулаторно-поликлиническая помощь финансируется по стоимости посещения. Стоимость каждого посещения (профилактическое, по заболеванию, неотложная помощь) равняется среднему нормативу федеральных затрат по территориальной программе обязательного медицинского страхования с применением поправочных коэффициентов.

Страховые медицинские организации авансируют поликлиники в размере до 55% от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации, исходя из утвержденных объемов медицинской помощи, а окончательный расчет производят по поданным на оплату посещениям.

Перевыполнение квартальных объемов посещений дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Круглосуточный стационар финансируется по законченному случаю. Законченным случаем считается случай пребывания пациента в круглосуточном стационаре. Оплата законченного случая производится по среднему нормативу федеральных затрат на один койко-день по территориальной программе обязательного медицинского страхования (в разрезе профиля коек) с применением поправочных коэффициентов.

Страховые медицинские организации авансируют круглосуточные стационары в размере до 55% от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации, исходя из утвержденных объемов медицинской помощи, а окончательный расчет производят по поданным на оплату законченным случаям.

Перевыполнение квартальных объемов койко-дней дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Стационарзамещающая медицинская помощь финансируется по законченному случаю. Законченным случаем считается случай пребывания пациента в дневном стационаре. Оплата законченного случая производится по среднему нормативу федеральных затрат на один пациенто-день по территориальной программе обязательного медицинского страхования (в разрезе профиля коек) с применением поправочных коэффициентов.

Страховые медицинские организации авансируют дневные стационары в размере до 55% от сумм, запланированных на данный вид помощи для данной медицинской организации исходя из утвержденных объемов медицинской помощи, а окончательный расчет производят по поданным на оплату законченным случаям.

Перевыполнение квартальных объемов пациенто-дней дополнительно не оплачивается и удерживается при расчетах в следующем за кварталом месяце.

Примечание: поправочные коэффициенты рассчитываются ТФОМС Курской области и утверждаются Тарифным соглашением (Приложение № 2).

Оплата медицинской помощи в стационарах круглосуточного пребывания, стационарах дневного пребывания всех типов в системе обязательного медицинского страхования производится по числу койко-дней (пациенто-дней) лечения и рассчитывается как произведение предельной стоимости одного койко-дня (пациенто-дня) по профилю коек на длительность госпитализации (курса лечения) по тарифам, утвержденным настоящим Соглашением и приложениями к нему. Оплата амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках выполнения стандартов медицинской помощи), не производится. Внутриучрежденные консультации врачей-специалистов, в рамках выполнения стандартов медицинской помощи, включены в тариф стационарной медицинской помощи и дополнительно не оплачиваются.

Оплата медицинской помощи в период ввода пациента в хронический гемодиализ в условиях круглосуточного стационара и оказании круглосуточной стационарной помощи с одновременным проведением хронического гемодиализа

подлежат оплате в соответствии с порядком оплаты за лечение в круглосуточном стационаре и оплате за каждый сеанс хронического гемодиализа. Сеансы острого гемодиализа отдельной оплате не подлежат.

При предоставлении в соответствии с действующими нормативными правовыми актами одному из родителей, иному члену семьи или законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в тариф медицинской помощи включены расходы на содержание одного из родителей, иного члена семьи или законного представителя и отдельной оплате не подлежат.

Оплата пребывания детей без матери в перинатальных центрах, родильных домах и отделениях «для беременных и рожениц» центральных районных больниц производится по педиатрическому тарифу.

Оплата восстановительного лечения и реабилитации (долечивания) в санаториях производится по количеству проведенных больными койко-дней.

Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, представляется в СМО в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

Реестр пролеченных больных формируется по отделениям с учетом специализации коек. При этом в стационарах круглосуточного пребывания оплата производится из расчета длительности госпитализации минус 1 (первый день госпитализации) койко-день, а в стационарах дневного пребывания всех типов – за все дни госпитализации (курса лечения) с учетом выходных и праздничных дней. Реестр формируется из одного раздела. Одновременно с реестрами за пролеченных больных для проведения медико-экономической экспертизы в СМО представляются все истории болезни со случаями превышения сроков госпитализации по нозологическим формам сверх установленных стандартами медицинской помощи, случаи летальных исходов.

Неоплата или неполная оплата медицинской помощи, уплата штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества производится по каждому конкретному случаю лечения отдельно.

Затраты на лечение сопутствующих заболеваний включены в стоимость тарифа и дополнительно в реестр пролеченных больных не включаются. В случае выявления при первичной диагностике туберкулеза (его осложнений) медицинской организации оплачиваются койко-дни (пациенто-дни) пребывания на профильной койке до установления диагноза, но не более 12 календарных дней.

Диагностические мероприятия и определение показаний для лечения в региональном и первичных сосудистых центрах осуществляется в течение первых трех суток от момента госпитализации и оплачивается по утвержденному для сосудистых центров тарифу. При отсутствии показаний для лечения в сосудистом центре после выполнения диагностических мероприятий пациенты в течение двух

рабочих дней госпитализируются в профильное отделение с оплатой по соответствующим утвержденным тарифам. Дальнейшие дни необоснованного пребывания пациента в сосудистом центре не оплачиваются.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в приемных отделениях МО и не госпитализированных в стационары круглосуточного пребывания, производится по стоимости 1 посещения по заболеванию. Оплата медицинской помощи, оказанной в травматологических пунктах производится по стоимости 1 посещения по неотложной помощи.

Реестр счетов и счет за медицинскую помощь больным, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории других субъектов Российской Федерации, формируется в медицинской организации и направляется в ТФОМС Курской области в порядке и сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования.

СМО может проводить контрольные проверки достоверности объемов оказываемой медицинской помощи застрахованным гражданам в стационарах круглосуточного и дневного пребывания. При отсутствии пациента (без письменного разрешения руководителя медицинской организации, его заместителей или ответственного дежурного врача, отраженного в истории болезни), проходящего лечение в стационарном отделении круглосуточного пребывания, дневном стационаре, стационаре дневного пребывания, лечение считается прекращенным в день выявления нарушения уполномоченными сотрудниками СМО. Оплате подлежат фактические дни лечения. По факту нарушения составляется соответствующий акт сверки в 2-х экземплярах, который подписывается руководителем медицинской организации, а при его отсутствии, в том числе в выходные и праздничные дни, ответственным дежурным врачом. Один экземпляр акта находится в медицинской организации, другой экземпляр находится в СМО. История болезни после окончания курса лечения представляется на вневедомственную экспертизу в СМО.

Единицей учета медицинских услуг по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи является посещение:

- посещение застрахованного лица к участковому (семейному) врачу, врачам-специалистам (за исключением врачей функциональной диагностики, врачей-лаборантов, врачей ЛФК и массажа, рентгенологов и других специалистов, не обеспечивающих выполнение плановых объемов количества посещений, установленных для медицинской организации), специалистам со средним медицинским образованием (фельдшер, акушерка) в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско - акушерских пунктах при обязательном условии ведения самостоятельного приема больного, назначения лечения с записью в амбулаторной карте в процессе контроля за лечением и после окончания назначенного курса лечения.

Первичным документом, подтверждающим факт обращения застрахованного лица для получения амбулаторно-поликлинической медицинской помощи является талон учета посещения амбулаторно-поликлинического учреждения при обязательном оформлении медицинской документации в порядке, утвержденном действующими нормативными правовыми документами.

Оплата медицинских услуг Центров здоровья производится по отдельному тарифу за оказанную 1 раз в отчетном году комплексную медицинскую услугу, включающую обследование (полное выполнение набора предусмотренных приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации диагностических мероприятий) и врачебный осмотр персоналом Центра здоровья и повторные обращения к врачу с целью консультации при динамическом наблюдении. Сведения о деятельности Центра здоровья представляются в утвержденном порядке.

Оплата медицинской помощи при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) осуществляется за законченный случай, отдельный счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

Оплата медицинской помощи при проведении хронического гемодиализа в амбулаторных условиях осуществляется за каждый сеанс, отдельный счет и реестр счетов представляются на общих основаниях.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Тарифы разрабатываются ТФОМС Курской области и утверждаются настоящим Соглашением.

ТФОМС Курской области по рекомендации Правления ТФОМС Курской области может производить индексацию тарифов в качестве стимулирования приоритетных направлений медицинского обслуживания населения.

Индексация тарифов может производиться в случаях:

- изменения доходной части бюджета ТФОМС Курской области;
- изменения доли расходования средств на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- корректировки утвержденного объема финансирования медицинской организации;

изменения размеров заработной платы работников медицинских организаций согласно нормативным актам при наличии финансовой возможности бюджета ТФОМС Курской области.

Размер индексации тарифов рассчитывается ТФОМС Курской области в рублях с двумя десятичными знаками.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на

арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу., в том числе:

- в соответствии с частями 3-5 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» за счет платежей из областного бюджета, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования сверх норматива финансового обеспечения, установленного базовой программой обязательного медицинского страхования, расходы на приобретение бытовых кондиционеров, холодильников, электрообогревательных приборов, приборов для приготовления пищи, стиральных машин, изделий текстильных швейных (шторы, тюль), жалюзи и других предметов хозяйственного назначения, относящихся на статью 310 «Увеличение стоимости основных средств» КОСГУ и к разделу 16 0000000 «Инвентарь производственный и хозяйственный» Классификации основных средств;

- в соответствии с частями 3-5 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» за счет платежей из областного бюджета, уплачиваемых в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования сверх норматива финансового обеспечения, установленного базовой программой обязательного медицинского страхования, расходы на приобретение санитарных автомобилей относящихся на статью 310 «Увеличение стоимости основных средств» КОСГУ и к классу 15 3410000 «Автомобили» раздела 15 0000000 «Средства транспортные» Классификации основных средств.

Расходы государственных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, приобретение медицинской мебели (за исключением оборудования, которое согласно сертификату (декларации) соответствия относится к виду 14 3311320 «Оборудование для кабинетов и палат, оборудование для лабораторий и аптек» раздела 14 0000000 «Машины и оборудование» Классификации основных средств) осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета.

Денежные средства обязательного медицинского страхования, полученные медицинской организацией в рамках глобального бюджета, расходуются в общем объеме без разбивки по видам медицинской помощи.

Расходы медицинских организаций на медикаменты и перевязочные средства, продукты питания в расчете на единицу объема медицинской помощи в 2013 году не могут быть ниже уровня данного вида расходов за 2012 год.

Тарифы на медицинскую помощь в разрезе медицинских организаций, отделений и специализаций представлены в Приложении № 1 к настоящему Соглашению.

IV. Контроль объемов и качества медицинской помощи.

Контроль объемов и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Курской области осуществляется в соответствии с положениями приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 (в последующих редакциях) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Установить следующие объемы проверок СМО скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации: для ежемесячных медико-экономических экспертиз - 3% от числа поданных на оплату случаев; для ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи - 1,5% от числа поданных на оплату случаев.

При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация представляет в ТФОМС Курской области и СМО в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.

Результаты контроля объемов и качества медицинской помощи в форме актов в течение 5 рабочих дней передаются в медицинскую организацию. Возможно ведение электронного документооборота между субъектами контроля с использованием электронно-цифровой подписи.

В случае, когда акт доставляется в медицинскую организацию лично представителем СМО или ТФОМС Курской области, на всех экземплярах акта ставится отметка о получении с указанием даты и подписью получателя. При отправке акта по почте, указанный документ направляется заказным письмом (с составлением описи) с уведомлением.

По итогам контроля объемов и качества медицинской помощи за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества производится неоплата или неполная оплата медицинской помощи, уплата штрафов, предусмотренных Приложением № 3 к настоящему Соглашению. При наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшении оплаты медицинской помощи, к медицинской организации применяется одно – наиболее существенное наказание, влекущее больший размер неоплаты. Суммирование размера неполной оплаты медицинской помощи по одному страховому случаю не производится.

Подписи сторон

Председатель
Правления ТФОМС Курской области



В.В. Проскурин

Председатель
комитета здравоохранения Курской области

О.В. Новикова

Директор ТФОМС Курской области

А.В. Курцев

Председатель
областного комитета
профсоюза работников здравоохранения



Г.А. Сорокина

Директор
Курского филиала ОАО «СК «РОСНО-МС»

И.В. Коломиец

Директор
Курского филиала ЗАО «СМК АСК-МЕД»



Л.А. Конорев

Президент
профессиональной медицинской ассоциации
Курской области

В.М. Сидорец

Приложение № 1
к Тарифному соглашению
на оплату медицинской помощи в системе
обязательного медицинского страхования
Курской области на 2013 год

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе обязательного
медицинского страхования Курской области на 2013 год

1. Стоимость 1 койко-дня в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Профиль коек	стоимость 1 койко-дня по стационарной помощи (руб.)	
	взрослые	дети
Кардиологические	1 685,95	2 599,18
Ревматологические	2 562,30	2 562,30
Гастроэнтерологические	1 534,92	1 534,92
Пульмонологические	1 777,27	1 777,27
Эндокринологические	1 980,99	2 950,42
Нефрологические	3 565,09	3 565,09
Гематологические	1 819,42	1 819,42
Аллергологические	2 546,49	2 546,49
Педиатрические	0,00	2 283,06
Терапевтические (общие)	1 991,53	0,00
Патология новорожденных	0,00	3 387,71
Травматологические	2 084,61	2 084,61
Ортопедические	2 084,61	2 084,61
Урологические	1 908,99	1 808,89
Нейрохирургические	2 195,25	2 195,25
Ожоговые	2 318,18	2 318,18
Челюстно - лицевой хирургии	1 836,99	2 212,81
Торакальной хирургии	2 843,29	2 843,29
Проктологические	2 349,80	2 349,80
Кардиохирургические	2 216,32	2 216,32
Сосудистой хирургии	2 216,32	2 216,32
Хирургические (общие)	1 703,51	2 318,18
Онкологические	2 683,47	3 688,02
Гинекологические	1 487,50	1 487,50
Отоларингологические	1 559,51	1 559,51
Офтальмологические	1 197,73	1 197,73
Неврологические	2 290,08	2 290,08
Дерматологические	1 728,10	1 728,10
Инфекционные	1 267,98	1 267,98
Для беременных и рожениц	1 487,50	1 487,50
Патологии беременности	1 487,50	1 487,50
Для производства абортов	1 487,50	1 487,50
Токсикология	2 318,18	2 318,18
Гнойная хирургия	1 879,13	1 879,13
Оперативная гинекология	1 703,51	1 703,51

2. Стоимость 1 койко-дня для сосудистых центров БМУ «Курская областная клиническая больница», ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», ОБУЗ «Железнодорожная городская больница № 2», ОБУЗ «Горшеченская ЦРБ»: по профилю отделения неотложной кардиологии – 3 407,03 руб., неврологии для больных ОНМК – 3 319,22 руб.

3. Тариф на оплату стационарного лечения в ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» больных детей с гемобластозами с кодами по МКБ-Х с С91 по С96 (включительно) составляет 4 000,0 руб. за 1 койко-день.

4. Тариф по оплате восстановительного лечения и реабилитации в санаторно-курортных учреждениях составляет: дети – 1 520,91 руб., взрослые – 1 248,68 руб.

5. Стоимость 1 посещения с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) – 266,30 руб., по стоматологии – 320,15 руб.

6. Стоимость 1 посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях – 340,30 руб., по стоматологии – 409,11 руб.

7. Стоимость 1 посещения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) – 223,86 руб., по стоматологии – 269,12 руб.

8. Стоимость 1 сеанса гемодиализа для БМУ «Курская областная клиническая больница», ОБУЗ «Железнодорожная городская больница № 1», ФГБУЗ «МСЧ № 125 ФМБА России», ООО «Томограф» составляет 3 500,0 руб.

9. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в Центрах здоровья ОБУЗ «Льговская ЦРБ», ОБУЗ «Курская городская больница № 3», ОБУЗ «Курская городская больница № 6», ОБУЗ «Железнодорожная городская больница № 1»: стоимость первичного обращения для проведения комплексного обследования – 473,0 руб., повторное посещение с целью динамического наблюдения, в том числе при повторных исследованиях и осмотрах врача – 189,07 руб.

10. Стоимость 1 пациенто-дня лечения в условиях дневных стационаров.

Профиль коек	стоимость 1 пациенто-дня по стационарзамещающей помощи	
	взрослые	дети
Кардиологические	547,20	843,60
Ревматологические	831,63	831,63
Гастроэнтерологические	498,18	498,18
Пульмонологические	576,84	576,84
Эндокринологические	642,96	957,60
Нефрологические	1 157,10	1 157,10
Гематологические	590,52	590,52
Аллергологические	826,50	826,50
Педиатрические	0,00	741,00
Терапевтические (общие)	646,38	646,38
Патология новорожденных	0,00	1 099,53
Травматологические	676,59	676,59

Ортопедические	676,59	676,59
Урологические	619,59	587,10
Нейрохирургические	712,50	712,50
Ожоговые	752,40	752,40
Челюстно - лицевой хирургии	596,22	718,20
Торакальной хирургии	922,83	922,83
Проктологические	762,66	762,66
Кардиохирургические	719,34	719,34
Сосудистой хирургии	719,34	719,34
Хирургические (общие)	552,90	752,40
Онкологические	870,96	1 197,00
Гинекологические	482,79	482,79
Отоларингологические	506,16	506,16
Офтальмологические	388,74	388,74
Неврологические	743,28	743,28
Дерматологические	560,88	560,88
Инфекционные	411,54	411,54
Для беременных и рожениц	482,79	482,79
Патологии беременности	482,79	482,79
Для производства аборт	482,79	482,79
Токсикология	752,40	752,40
Гнойная хирургия	609,90	609,9
Оперативная гинекология	552,90	552,90

11. Стоимость 1 пациенто-дня лечения в условиях стационара одного дня пребывания ОБУЗ «Курская областная клиническая больница», ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» и ОБУЗ «Офтальмологическая больница – офтальмологический центр» производится по тарифам круглосуточного стационара по профилям коек.

12. Стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи – 1 160,00 руб.

Приложение № 2
к Тарифному соглашению
на оплату медицинской помощи в системе
обязательного медицинского страхования
Курской области на 2013 год

Поправочный коэффициент применяется к тарифам на оплату всех видов медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, утвержденным Приложением № 1 к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи в системе ОМС Курской области на 2013 год.

Наименование МО	Поправочный коэффициент
ОБУЗ "Беловская ЦРБ"	1,065
ОБУЗ "Большесолдатская ЦРБ"	0,973
ОБУЗ "Глушковская ЦРБ"	1,097
ОБУЗ "Горшеченская ЦРБ"	0,772
ОБУЗ "Дмитриевская ЦРБ"	0,877
ОБУЗ "Железногорская ЦРБ"	0,696
ОБУЗ "Золотухинская ЦРБ"	0,833
ОБУЗ "Касторенская ЦРБ"	0,977
ОБУЗ "Коньшевская ЦРБ"	1,005
ОБУЗ "Кореневская ЦРБ"	0,829
ОБУЗ "Курская ЦРБ"	0,768
ОБУЗ "Курчатовская ЦРБ"	0,829
ОБУЗ "Льговская ЦРБ"	0,855
ОБУЗ "Мантуровская ЦРБ"	0,843
ОБУЗ "Медвенская ЦРБ"	1,007
ОБУЗ "Обоянская ЦРБ"	0,946
ОБУЗ "Октябрьская ЦРБ"	0,793
ОБУЗ "Поныровская ЦРБ"	1,008
ОБУЗ "Пристенская ЦРБ"	1
ОБУЗ "Рыльская ЦРБ"	0,984
ОБУЗ "Советская ЦРБ"	0,841
ОБУЗ "Солнцевская ЦРБ"	0,951
ОБУЗ "Суджанская ЦРБ"	0,99
ОБУЗ "Тимская ЦРБ"	1,101
ОБУЗ "Фатежская ЦРБ"	0,923
ОБУЗ "Хомутовская ЦРБ"	0,986
ОБУЗ "Черемисиновская ЦРБ"	1,407
ОБУЗ "Щигровская ЦРБ"	0,974
ОБУЗ "Курская городская больница №1 им.Н.С.Короткова"	0,983
ОБУЗ "Курская городская клиническая больница СМП"	0,879
ОБУЗ "Курский городской перинатальный центр"	1,783
ОБУЗ "Курская городская больница №2"	0,852
ОБУЗ "Курская городская больница №3"	1,071
ОБУЗ "Курская городская клиническая больница №4"	0,937
ОБУЗ "Курская городская больница №6"	1,125
ОБУЗ "Курская областная детская больница № 2"	0,832
ОБУЗ "Курская детская поликлиника №5"	0,95
ОБУЗ "Курская городская поликлиника №5"	1,216
ОБУЗ "Курская детская поликлиника №7"	0,859
ОБУЗ "Курская городская поликлиника №7"	1,07

ОБУЗ "Курская детская поликлиника №8"	
ОБУЗ "Курская городская женская консультация №7"	0,973
ОБУЗ "Курская городская стоматологическая поликлиника"	1,347
ОБУЗ "Курская городская детская стоматологическая поликлиника"	1
ОБУЗ "Курская городская станция скорой медицинской помощи"	0,856
БМУ "Курская областная клиническая больница"	1
ОБУЗ "Областная детская клиническая больница"	1,062
ОБУЗ "Областной перинатальный центр"	0,752
ОБУЗ "Офтальмологическая больница - офтальмологический центр"	2,257
ОБУЗ "Курский областной клинический кожно-венерологический диспансер"	1,444
ОБУЗ "Курский областной онкологический диспансер"	1,084
ОБУЗ "Областная клиническая инфекционная больница им.Н.А.Семашко"	1,515
ОБУЗ "Курская областная стоматологическая поликлиника"	2,017
ОБУЗ "Областной детский санаторий"	1,012
ОБУЗ "Железнодорожная городская больница № 1"	1
ОБУЗ "Железнодорожный родильный дом"	0,981
ОБУЗ "Железнодорожная городская больница № 2"	1,253
ОБУЗ "Железнодорожная городская стоматологическая поликлиника"	0,974
ФГБУЗ "МСЧ № 125 ФМБА России"	1,533
ФКУЗ "МСЧ МВД России по Курской области"	1
Поликлиника (п.Маршала Жукова)-структурное подразделение ФГУ "1586 окружной военный госпиталь МВО" Минобороны России	1
МСЧ ФГУП "18 ЦНИИ" МО РФ	
НУЗ "Отделенческая больница на станции Курск ОАО "РЖД"	1
Медико-санитарная часть ОАО "Электроагрегат"	1
ООО "Медико-санитарная часть "Курсагромаш"	1
ООО "Центр медицинских осмотров и профилактики"	1
ООО "Томограф"	1
ООО "Эстедент"	1
ООО "Медицинский центр № 1"	1
ЧЛПУ "Амбулатория"	1
ОАО "Курский завод "Маяк" санаторий-профилакторий "Маяк"	1
ООО "Санаторий им. И.Д. Черняховского"	1
АУЗ Курский областной санаторий "Соловьиные зори"	1
ООО "Медицинский центр "Матис"	1
ООО "Санаторий Моква"	1
	1

При формировании счетов (реестров) за оказанную медицинскую помощь применяются тарифы, рассчитанные с учетом поправочного коэффициента, в рублях до двух знаков после запятой.

Приложение № 3
к Тарифному соглашению
на оплату медицинской помощи в системе
обязательного медицинского страхования Курской
области на 2013 год

Обязательства медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

№ п/п	Обязательства медицинских организаций	Последствия неисполнения обязательств	
		Сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещения	Размер штрафа
1.	Обеспечение доступности медицинской помощи для застрахованных лиц		
1.1.	Обеспечение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи из медицинских организаций, выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в соответствии с заявлением застрахованного лица		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.1.	Обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.2.	Соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.3.	Соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания скорой медицинской помощи		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
1.1.4.	Соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания скорой медицинской помощи	Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи более 50 % от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

		<p>Последствия увеличения сроков ожидания скорой медицинской помощи более 50% от норматива, установленного территориальной программой государственных гарантий, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания</p> <p>возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p> <p>последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания</p>	<p>сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p>
1.2.	Оказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС	<p>последствия за необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания</p> <p>возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p> <p>последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания</p>	<p>сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p>
1.3.	Бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой	<p>последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания</p> <p>возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p> <p>последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, не повлекший причинение вреда здоровью, не создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания</p>	<p>сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год</p>

		последствия за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, повлекший причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания		пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год,
			возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	сто процентов возврата средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.4.	Недопущение взимания платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврата средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.5.	Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период пребывания в стационаре по назначению врача лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения стационарного больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврата средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
1.6.	Бесплатное обеспечение застрахованных лиц в период оказания скорой медицинской помощи лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, формуляр лечения больного, согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов возврата средств, необоснованно затраченных застрахованным лицом
2. Обеспечение информированности застрахованных лиц				
2.1.	Создание официального сайта медицинской организации в сети «Интернет»			двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.	Наличие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:			
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации			двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год

2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственной гарантии оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.4.	показатели доступности и качества медицинской помощи		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.5.	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.2.6.	перечень 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 (для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь)		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.3.	Организация информационных стенов		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.	Наличие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год

2.4.2.	об условия оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственной гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.3.	о видах медицинской помощи, оказываемых данной медицинской организацией		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.4.	показатели доступности и качества медицинской помощи		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.5.	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
2.4.6.	перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с пятидесяти процентной со свободных цен (для медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь)		двадцать пять процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо на год
3. Отсутствие дефектов медицинской помощи / нарушений при оказании медицинской помощи			
3.1.	Соблюдение персоналом медицинской организации врачебной этики и деонтологии		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.1.1	Неразглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, установленное по обращению застрахованного лица путем проведения административного расследования администрацией медицинской организации или мер, принятых компетентными органами		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

3.1.2.	Соблюдение врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, установленное компетентными органами по обращению застрахованного лица.		сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.2.	Выполнение своевременно и надлежащим образом необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи	последствия невыполнения обязательства застрахованного лица	последствия невыполнения обязательства, не повлиявшие на состояние здоровья застрахованного лица
		двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи; в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания;	
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	

3.3.	Выполнение показанных, оправданных с клинической точки зрения, регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьсот процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к увеличению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица	
		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи	
		последствия невыполнения обязательства, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо риску прогрессирования имеющегося заболевания или возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке)	

		сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания	
3.4.	Выполнение показанных с клинической точки зрения лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	последствия за преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения)	
3.5.	Обеспечение достижения положительной динамики в состоянии здоровья застрахованного лица при первичном обращении за медицинской помощью (за исключением случаев этапного лечения)	последствия за повторное обоснованное обращение застрахованного лица за скорой медицинской помощью по поводу одного и того же заболевания в течение 24 часов, за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре обусловленное недостижением результата предыдущего лечения по вине медицинского персонала, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения)	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи
3.6.	Обеспечение преемственности в лечении застрахованного лица (в том числе своевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня)	последствия за нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к увеличению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	100 процентов стоимости за каждый случай первичного медицинского помощи, предоставляемого ранее к оплате

		<p>пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания</p>	
3.7.	<p>Недопущение госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара</p> <p>Недопущение госпитализации застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в полном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях.</p>	Сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.8.	<p>Исключение возможности госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям</p>	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.9.	Соблюдение сроков и условий лечения застрахованных лиц	<p>последствия за необоснованное увеличение сроков лечения по вине медицинской организации, увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанного с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи (при оплате случаев по стандарту)</p> <p>сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи сверх установленных сроков оказания медицинской помощи</p> <p>последствия за необоснованное увеличение сроков лечения по вине медицинской организации, увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанного с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств (при оплате случаев по койко-дням)</p>	

		сто процентов стоимости койко-дней, признанных как необоснованное удлинение сроков лечения	
3.10.	Недопущение повторного посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультации в других медицинских организациях	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	
3.11.	Принятие мер со стороны медицинского персонала к предупреждению развития нового заболевания застрахованного лица (развития ятрогенного заболевания)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	двести процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, возмещение расходов на лечение застрахованного лица по поводу прогрессирования имеющего заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания
3.12.	Обеспечение обоснованного назначения лекарственной терапии; исключение одновременного назначения лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанного с риском для здоровья пациента и/или приводящего к удорожанию лечения	Двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.13.	Обеспечение выполнения обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с законодательством;		пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.13.1	недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 категории за исключением случаев невозможности постановки диагноза с учетом длительности госпитализации	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
3.13.2	недопущение наличия расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории за исключением случаев невозможности постановки диагноза с учетом длительности госпитализации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
3.14.	Отсутствие расхождений диагноза основного заболевания (травмы) скорой помощи и клинического диагноза, установленного в приемном отделении медицинской организации, оказывающих скорую медицинскую помощь на догоспитальном этапе	пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4. Правильность оформления в медицинской организации первичной медицинской документации			

4.1.	Предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.2.	Оформление надлежащим образом первичной медицинской документации, обеспечивающее проведение экспертизы качества медицинской помощи (возможность оценки динамики состояния здоровья застрахованного лица, объема, характера и условий предоставления медицинской помощи)	Оформление ненадлежащим образом медицинской документации, затрудняющее проведение экспертизы качества медицинской помощи	
		пятьдесят процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
		Оформление ненадлежащим образом медицинской документации, делающее невозможным проведение экспертизы качества медицинской помощи	
4.3.	Обеспечение наличия в первичной медицинской 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	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.4.	Исключение случаев наличия признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания и прочее)	двадцать пять процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
4.4.1.	Исключение сокрытия медицинской организацией случаев нарушения режима пребывания пациента в стационаре, в том числе отсутствие без письменного разрешения администрации ЛПУ	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.5.	Исключение случаев несоответствия дат оказания медицинской помощи, зарегистрированных в первичной медицинской документации и реестре счетов, и в табеле учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год

4.6.	Оформление счетов на оплату медицинской помощи и реестров счетов в соответствии с записями в первичной медицинской документации, не допуская:			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, не подтвержденный первичной медицинской документацией	пятьдесят процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год
4.6.2	несоответствия сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре счетов				
5.	Надлежащее оформление и предъявление на оплату счетов и реестров счетов				
5.1.	Оформление и предъявление счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи, исключив:				
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.2.	несоответствие суммы счета итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.5.	некорректные суммы по позициям реестров счетов (арифметические ошибки);			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.1.6.	несоответствие даты оказания медицинской помощи в реестре счетов отчетному периоду/периоду оплаты			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.	Оформление счета на оплату медицинской помощи и реестров счетов надлежащим образом в соответствии с принадлежностью застрахованного лица к страховой медицинской организации, исключив:				
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования в другой страховой медицинской организации			сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

5.2.2	включение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.4.	наличие в реестре счетов неактуальных данных о застрахованных лицах	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи гражданам, не подлежащим обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.3.	Предъявление к оплате счета, включающего виды и объемы медицинской помощи, входящие в территориальную программу обязательного медицинского страхования, исключив:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением Комиссии (за исключением случаев объективно обоснованных)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников (лечение тяжелых несчастных случаев на производстве, оплачиваемое Фондом социального страхования Российской Федерации)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.4.	Формирование для оплаты счетов и реестров счетов с учетом установленных тарифов на оплату медицинской помощи, не допуская:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.5.	Включение в реестры счетов лицензированных видов медицинской деятельности, не допуская:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в лицензии медицинской организации;	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	

5.5.2.	представления реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.5.3.	представления на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: не соответствие фактических адресов осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности данным лицензии и другого (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.6.	Не допущение включения в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.7.	Оформление надлежащим образом реестров счетов, исключая повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	повторное включение ранее оплаченной позиции (повторное выставление ранее оплаченного счета)	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи	
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре счетов	сто процентов стоимости каждого случая, предъявленного к оплате повторно	
5.7.3.	включение стоимости отдельной медицинской услуги, учтенной в тарифе на оплату медицинской помощи другой услугой и предъявленной к оплате	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенных в реестр счетов необоснованно	
5.7.4.	включение амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи), пациенто - дней в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара) за исключением случаев фальсификации.	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	
5.7.5.	включение нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты, с пересечением или совпадением сроков лечения	сто процентов стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно	сто процентов размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год