

Порядок
применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату
медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в условиях
дневного стационара, вне медицинской организации
(скорая медицинская помощь)

1. Общие положения

Настоящий Порядок определяет порядок применения тарифов, финансовых и подушевых нормативов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, на оказание скорой медицинской помощи, предоставляемой вне медицинской организации.

В системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия применены следующие способы оплаты медицинской помощи.

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за посещение в сочетании с оплатой по подушевому нормативу финансирования;
- за законченный случай комплексного обследования по диспансеризации и профилактическим осмотрам и комплексного обследования в центре здоровья;
- за единицу объема исследований магниторезонансной и компьютерной томографии;
- за процедуру проведения гемодиализа и гемодильтрации.

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - за вызов скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой по подушевому нормативу финансирования.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения, на основании клинико-профильной группы заболеваний.

Тарифы, финансовые и подушевые нормативы на оплату медицинской помощи предусматривают компенсацию затрат в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Ингушетия на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, а также в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат:

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, акушеркам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В случаях, не предусмотренных данным Порядком, при расчетах за первичную врачебную медико-санитарную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь применяются нормы, установленные нормативными документами, регламентирующими работу в системе ОМС Республики Ингушетия, и настоящим ГТС.

2. Основные понятия

Врачебное посещение – это прием (осмотр, консультация) пациента врачом с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Прием (осмотр, консультация) – это производимые по определенному плану действия врача, представляющие собой сложную или комплексную медицинскую услугу, дающие возможность составить представление о состоянии организма пациента, результатом которых является профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания, синдрома.

В комплекс медицинских услуг, относящихся к врачебному посещению, наряду с непосредственно услугой врачебного осмотра (первичного или повторного), входят назначенные врачом по результатам последнего и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги (диагностика ультразвуковая, рентгеновская, функциональная и т.п.), услуги вспомогательных служб (процедурный кабинет, в отделении физиотерапии – кабинеты по видам физиотерапевтической помощи, в том числе кабинет массажа, лечебной физкультуры и т.п.), услуги эндоскопические, услуги лабораторной диагностики (клинико-диагностические исследования, бактериологические исследования, биохимические исследования, иммуносерологические исследования, цитологические исследования и т.п.), и т.д.

Все услуги, относящиеся к врачебному посещению (оказанные непосредственно врачом и услуги, назначенные по результатам его консультации), должны быть зафиксированы в медицинской карте с определением состояния организма пациента и последующими рекомендациями: профилактика, диагностика или лечение определенного заболевания. Отсутствие в медицинской карте записи, отражающей врачебный осмотр/ консультацию пациента, является основанием для отказа в оплате посещения.

Врачебные посещения разделяются по месту оказания услуг:

- в медицинской организации;
- на дому.

3. Порядок учета объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Учет объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим показателям:

а) посещение:

- с профилактической целью;
- в связи с оказанием неотложной помощи;
- с иными целями

б) обращение по поводу заболевания.

Объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включает посещения:

- центров здоровья;
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с диспансерным наблюдением;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами, **предварительными и периодическими осмотрами несовершеннолетних** в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает:

- разовые посещения по поводу заболевания (посещения среднего медицинского персонала);
- посещения, связанные с диагностическим обследованием;
- направления на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар;
- получение справки, в том числе справки по форме № 086/у лицами до 19 лет включительно, санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

К посещениям в связи с оказанием неотложной помощи относятся посещения в отделении (кабинете) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины):

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;
- при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не

требующих экстренной медицинской помощи.

Медицинские организации (далее - МО) ведут отдельный учет посещений с профилактической целью, неотложной медицинской помощи, иными целями и обращений по поводу заболеваний. Первичный учет врачебных посещений в МО ведется путем заполнения «Талона амбулаторного пациента».

Не подлежат учету как посещения врачей:

- обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебной комиссией (ВК).

По одному поводу обращения может быть сделано несколько тарифицированных посещений к одному или нескольким специалистам. Посещение в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение (за исключением посещений к врачу стоматологу).

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия составляет:

- профилактическая медицинская помощь 1364,54 рублей;
- неотложная медицинская помощь 336,78 рублей;
- обращения по поводу заболеваний 2327,20 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в амбулаторных условиях, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия 3 991,139 рублей, в том числе:

- профилактическая медицинская помощь 1338,51 рублей;
- неотложная медицинская помощь 335,65;
- обращения по поводу заболеваний 2 282,67 рублей.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, на прикрепившихся лиц 2 282,673 рублей.

4. Порядок применения тарифов за врачебные посещения, в том числе при оказании-стоматологической медицинской помощи

4.1. Тарифы за врачебные посещения установленные в **Приложении № 7** к ГТС на 2019 год применяются для оплаты первичной врачебной медико-санитарной и первичной специализированной медико-санитарной помощи **не прикрепленному населению**, оказываемой врачами соответствующих специальностей, ведущими амбулаторный, в том числе консультативный прием, (терапевт, педиатр, хирург, акушер-гинеколог, уролог и т.д.) и (или) осуществляющими врачебную помощь при вызовах на дом.

4.2. При выставлении счетов размер суммы, предъявляемой к оплате, исчисляется исходя из тарифов за врачебные посещения, действующие на дату посещения, с учетом имеющихся у медицинских организаций лицензий на осуществление соответствующих видов медицинской деятельности.

При решении вопроса об обоснованности выставления счетов за врачебное посещение необходимо руководствоваться правильно заполненной медицинской картой и талоном амбулаторного пациента.

4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи при проведении профилактических осмотров взрослых и детей в соответствии с **Приложением № 12** к ГТС на 2019 год применяются медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению при проведении профилактических осмотров в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра» и от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

4.4. Тариф в соответствии с **Приложением № 8,9** к ГТС на 2019 год применяется за законченный случай проведения диспансеризации прибывающих

в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, за законченный случай проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения.

4.5. При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям учитываются условные единицы трудоемкости (УЕТ), которые используются для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда. Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по посещениям осуществляется с учетом УЕТ. При этом для оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях учитывается средняя кратность УЕТ в одном посещении, которая составляет 3,9. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной, специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ утвержден Приложением №19 к ГТС.

5. Порядок применения тарифов за диагностические исследования

Тарифы за диагностические исследования установленные в **Приложении № 10** к ГТС на 2018 год применяются в случае проведения указанных исследований по направлению, оформленному лечащим врачом, а также по назначению специалистов указанных МО, в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Республики Ингушетия;

Тарифы за диагностические исследования применяются в том случае, если МО проводит исследования на диагностическом оборудовании, находящемся на балансе данной МО.

6. Порядок применения тарифов за законченный случай лечения в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара

Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара установлены в **Приложении № 5** к ГТС на 2019 год.

Тарифы за законченный случай лечения в дневном стационаре применяются при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в МО, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия с учетом услуг диализа составляет 1 194,49 рублей.

Средняя стоимость законченного случая лечения (базовая ставка), включенного в КППГ составляет 14 309,3 рублей.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 902,89 рублей (без учета медицинской помощи, оказываемой при проведении процедур диализа).

Оплата за лечение в дневном стационаре производится путем применения тарифов в соответствии с клинико-профильными группами. Длительность лечения отражается в календарных днях, при этом учитываются все дни лечения, включая выходные и праздничные дни, от поступления больного в дневной стационар до его выписки. День поступления и день выписки в дневном стационаре считаются за 2 дня лечения.

При формировании счета по конкретному страховому случаю, медицинская организация из перечня основных тарифов выбирает тарифы в соответствии с профилем отделения (профилем койки), в котором оказана медицинская помощь.

Все заболевания распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких

профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение заболевания к конкретной КПП не учитывается. (при оказании медицинской помощи на терапевтических койках пациенту с диагнозом "Бронхиальная астма", который относится к КПП "Пульмонология", оплата производится по соответствующей койкам КПП, вне зависимости от того, что данная заболевание входит в КПП "Пульмонология").

Исключением являются профиль "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия", лечение в рамках которых осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" и "Гериатрия" соответственно.

Если предметом основных лечебно-диагностических мероприятий в рамках конкретного страхового случая явилось не основное заболевание, а сопутствующее (конкурирующее) заболевание, состояние или синдром, то при условии наличия заключения врачебной комиссии МО применяется тариф, предназначенный для этого состояния или заболевания.

Оплата прерванного случая лечения пациента в дневном стационаре осуществляется за количество проведенных им дней с учетом стоимости и средней длительности госпитализации по КПП (стоимость дня (С д) проведенного в дневном стационаре выводится как отношение средней длительности госпитализации (Дср) по КПП к стоимости КПП (С кпп) $S_{кд} = S_{кпп} / Дср$). При этом, стоимость оплаты КПП прерванного случая лечения не должно превышать 100% стоимости соответствующей КПП. Группы круглосуточного стационара, являющиеся исключениями, по которым оплата осуществляется в полном объеме, независимо от длительности лечения приведены в таблице ниже.

Перечень групп заболеваний по которым в условиях дневного стационара оплата осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения.

Осложнения беременности, родов, послеродового периода
Аборт медикаментозный
Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые*
Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые*
Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе*
Лекарственная терапия злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей с применением моноклональных антител, ингибиторов протеинкиназы*

Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети*
Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1)*
Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 3)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 4)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 5)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 6)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 7)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 9)*
Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 10)*
Установка, замена порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)
Госпитализация в диагностических целях с постановкой/ подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ
Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)
Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)
Замена речевого процессора
Операции на органе зрения (уровень 1)
Операции на органе зрения (уровень 2)
Операции на органе зрения (уровень 3)
Операции на органе зрения (уровень 4)
Операции на органе зрения (уровень 5)
Диагностическое обследование при болезнях системы кровообращения
Отравления и другие воздействия внешних причин
Операции на органах полости рта (уровень 1)
Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*
Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов*

Прерванный случай лечения - случай оказания медицинской помощи при длительности лечения ниже минимальной длительности по порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, протоколами лечения и (или) клиническими рекомендациями (летальный исход, самовольный уход, письменный отказ от дальнейшего лечения, выписка по семейным обстоятельствам, перевод в другое учреждение по желанию пациента и другие случаи), при котором не достигнут планируемый результат.

Минимальная длительность лечения минимально необходимый срок лечения, при котором гарантируется выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий, описанный в клинической части порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения), и достигнут планируемый результат.

В целях оплаты медицинской помощи к прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения. Оплата таких случаев лечения осуществляется за количество проведенных им дней в дневном стационаре с учетом стоимости и средней длительности госпитализации по КПП (стоимость дня (Скд) проведенного в дневном стационаре выводится как отношение средней длительности госпитализации (Дср) по КПП к стоимости КПП ($C_{кпп}$) $S_{кд} = S_{кпп} / D_{ср}$).

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КПП, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее 80% от стоимости КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней 90% от стоимости КПП.

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 50% от стоимости КПП;
- при длительности лечения более 3-х дней 70% от стоимости КПП.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловленное возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения

заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КПП, за исключением прерванных случаев.

При этом, если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КПП с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КПП осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

Оплата случая лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях круглосуточного, а также дневного стационара в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация".

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке

4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КППГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

Тарифы «Прием в центре здоровья» применяются при оказании медицинских услуг в «Центрах здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в МО согласно **Приложения № 13** к ГТС на 2018 год.

Тариф за законченный случай оказания медицинской помощи в отделении эфферентной хирургии и диализа крови применяется согласно приложения №11 к ГТС на 2018 год.

7. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

7.1. Настоящий Порядок определяет механизм оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинскими организациями или их структурными подразделениями, по подушевому нормативу финансирования на застрахованных прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема

медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, за обращение (законченный случай).

7.2. Подушевое финансирование в рамках реализации Территориальной программы ОМС Республики Ингушетия применяется в части оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, в том числе посещения в связи с диспансерным наблюдением. Подушевое финансирование не применяется при оплате неотложной медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими целями (посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактических осмотров), за исключением посещения в связи с диспансерным наблюдением, услуги стоимости гемодиализа, гемодиализации, стоимость МРТ и КТ исследований.

7.3. В настоящем Порядке используются следующие термины и определения:

Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи - способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, зависит от численности прикрепленных к Медицинской организации застрахованных лиц, половозрастного состава и размера подушевого норматива финансирования по ОМС.

Медицинская организация – Фондодержатель (далее - МО - Фондодержатель) – медицинская организация - юридическое лицо, в том числе имеющее в своем составе амбулаторно-поликлиническое структурное подразделение, оказывающая медицинскую помощь в амбулаторных условиях, к которому прикрепилась (которое выбрали) застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в установленном порядке. Оплата медицинской помощи в МО - Фондодержателе осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Прикрепленное население при осуществлении подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи (далее - прикрепленное население) - застрахованные лица, прикрепленные по территориальному принципу к МО -

Фондодержателю, либо выбравшие МО - Фондодержателя в соответствии с действующим законодательством и нормативными правовыми актами.

Застрахованное лицо – гражданин, застрахованный по ОМС в Республике Ингушетия в соответствии с Федеральным Законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», прикрепившийся к МО - Фондодержателю (выбравший МО - Фондодержателя) для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в установленном порядке.

Медицинские организации – Исполнители (далее - МО - Исполнитель) – медицинские организации, оказывающие застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю, внешние медицинские услуги.

Внешние медицинские услуги – амбулаторно-поликлинические услуги в части медицинской помощи за исключением неотложной медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими целями (посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактических осмотров) и иными целями (посещения связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получение справки, санаторно-курортной карты и другой медицинской документации, разовые посещения по поводу заболевания (посещения среднего медицинского персонала, в том числе ФАПов), услуги стоимости гемодиализа, гемодиализации, стоимость МРТ и КТ исследований, а также при оплате специализированных и консультативных медицинских услуг, оказываемых специализированными медицинскими учреждениями не имеющих прикрепившихся лиц за исключением обращений по поводу заболеваний, оказанные в МО - Исполнителем застрахованным лицам, прикрепившимся к МО – Фондодержателю, за счет средств МО - Фондодержателя, полученных им на основе подушевого норматива финансирования. Внешние медицинские услуги оплачиваются по тарифу за медицинскую услугу, за посещение, за обращение».

Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи в сочетании с оплатой за медицинскую услугу, посещение, обращение – способ

оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, зависит от численности и половозрастного состава застрахованных лиц, прикрепленных к МО - Фондодержателю, размера подушевого норматива финансирования по ОМС, объема амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной врачами-специалистами, оплата услуг которых не включена в подушевой норматив финансирования и производится по тарифу за единицу объема медицинской помощи, а также объема внешних услуг, оказанных прикрепленному населению в МО – Исполнителях.

Подушевой норматив финансирования МО - Фондодержателя – норматив финансирования на одно застрахованное лицо в условиях подушевого финансирования, рассчитанный в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, и независящий от возраста и пола.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО - Фондодержателя – подушевой норматив финансирования на одно застрахованное лицо, рассчитанный в соответствии с Правилами ОМС, и предусматривающий различия на оказание медицинской помощи застрахованному лицу в зависимости от пола и возраста.

7.4. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной лицу, застрахованному на территории Республики Ингушетия, но не прикрепленному к МО - Фондодержателю, а также лицу, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

7.5. Оплата медицинской помощи производится СМО в соответствии с заключенными с медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Оплата осуществляется в пределах средств, перечисляемых ежемесячно Территориальным фондом ОМС Республики Ингушетия в СМО согласно заявке на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь.

Финансирование МО-Фондодержателя складывается из:

- средств, полученных по подушевому нормативу;
- оплаты за медицинскую помощь, оказанную врачами, оплата услуг которых включена в подушевой норматив финансирования, застрахованным лицам, прикрепленным к другим медицинским организациям (внешние услуги) и не прикрепленным застрахованным лицам по установленным тарифам;
- оплаты за медицинскую помощь, оказанную врачами, оплата услуг которых не включена в подушевой норматив финансирования:
 - оплата неотложной медицинской помощи;
 - оплаты медицинских услуг, оказанных с профилактической целью;
 - оплаты медицинской помощи, оказанной с иными целями (посещения связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получение справки, санаторно-курортной карты и другой медицинской документации, разовые посещения по поводу заболевания (посещения среднего медицинского персонала, в том числе ФАПов);
 - оплата МРТ и КТ услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам;
 - оплата процедуры гемодиализа и гемодиализации;
 - оплаты медицинских услуг лицам, застрахованным в других субъектах РФ.

7.6. Внешние медицинские услуги оплачиваются СМО МО – Исполнителям за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь, по тарифам за единицу объема медицинской помощи, действующим для данных МО – Исполнителей.

7.7. МО - Фондодержатель ежемесячно представляет в СМО реестры медицинской помощи, оказанной врачами, оплата услуг которых включена в подушевой норматив финансирования.

7.8. Реестры заполняются по посещениям к врачам на основании данных первичной медицинской документации и другой отчетной документации.

7.9. Взаиморасчеты за внешние услуги, оказанные МО – Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю, проводит СМО. Внешние услуги оплачиваются СМО за посещение (законченный случай) по действующим тарифам и удерживаются из суммы окончательного расчета с МО - Фондодержателем.

8. Порядок определения подушевого финансирования МО - Фондодержателя с учетом половозрастной структуры прикрепленного населения в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)

8.1. Подушевой норматив финансирования рассчитывается, исходя из годового объема финансовых средств, предназначенных на оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Ингушетия врачами, оплата услуг которых включена в подушевой норматив финансирования, по формуле:

$$\text{ПНср.уत्व.} = V_{\text{ам}}/Ч_{\text{н}}/12 \quad (1),$$

где:

ПНср.уत्व. – средний подушевой норматив финансирования;

$V_{\text{ам}}$ - годовой объем финансовых средств, предназначенных на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по подушевым нормативам финансирования;

$Ч_{\text{н}}$ - численность застрахованных лиц Республики Ингушетия по состоянию на 01.01.2018 года.

Средний размер финансового обеспечения амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 3 991,139 рублей.

Средний размер (базового) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, на прикрепившихся лиц составляет 2 282,673 рублей.

При расчете объема финансовых средств, предназначенных на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по подушевым нормативам финансирования, не учитываются средства:

- на оплату неотложной медицинской помощи;
- на оплату медицинских услуг, оказанных с профилактической целью;

- на оплату медицинских услуг, оказанных с иными целями;
- на оплату диагностических услуг (МРТ и КТ), оплачиваемых по отдельным тарифам;
- на оплату процедуры гемодиализа и гемодиализации;
- на оплату медицинских услуг лицам, застрахованным в других субъектах Российской;

Подушевой норматив финансирования включает финансовые средства на оплату собственной деятельности МО-Фондодержателя, а также средства на оплату внешних услуг, оказанных в амбулаторных условиях прикрепленным к МО - Фондодержателю лицам МО - Исполнителями.

8.2. При подушечном финансировании МО - Фондодержателя устанавливается размер финансовых средств, предназначенных для финансирования оказания медицинской помощи по ОМС прикрепившихся к МО - Фондодержателю застрахованных лиц, учитываются различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам населения в зависимости от пола, возраста, а также интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для МО – Фондодержателя.

8.3. Размер финансового обеспечения по подушевому нормативу может рассчитываться периодически на основании данных о прикреплении застрахованных к МО.

В данном случае подушевой норматив выполняет функцию тарифов за оказанную медицинскую помощь.

8.4. Расчеты между СМО и МО - Фондодержателем ведутся в режиме «аванс-отчет» ежемесячно. Авансирование МО - Фондодержателя производится в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

8.5. По окончании каждого месяца МО - Фондодержатель и МО - Исполнитель представляют в СМО реестры за пролеченных застрахованных лиц.

8.6. СМО оплачивают МО - Исполнителям внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО - Фондодержателю лицам по направлениям,

выданным МО - Фондодержателем и по иным основаниям, установленным законодательством Российской Федерации.

После предъявления реестров МО - Исполнителями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, СМО в срок не позднее 12-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным периодом, направляет полученные от МО-Исполнителей персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах каждой МО-Фондодержателю, прикрепленным лицам которой были оказаны внешние медицинские услуги данным МО-Исполнителем. Реестр медицинской помощи, оказанной МО - Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю а также Информационный лист по оплате счетов медицинских организаций-Исполнителей за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, прикрепленным к Фондодержателю составляются по форме, приведенной в Приложении №1 к настоящему Порядку, и направляются МО - Фондодержателю.

МО-Фондодержатель проводит проверку полученных от СМО персонифицированных сведений о пролеченных больных и об оказанных им в отчетном периоде внешних медицинских услугах МО-Исполнителем на соответствие собственному учету выписанных первичных направлений прикрепленных лиц и возможных самообращений в МО-Исполнитель населения, прикрепленного к МО - Фондодержателю.

В случае несогласия с предъявленной СМО информацией до направления «Листа разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» МО-Фондодержатель и МО-Исполнитель предпринимают все возможные меры по разрешению спорных вопросов по реестрам счетов, предъявленным на оплату. По результатам проведенной работы соответствующие отметки вносятся в «Лист разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю», который согласовывается МО – Исполнителем и МО – Фондодержателем и в срок не позднее 17-го рабочего дня

после окончания отчетного периода, направляется в СМО. По позициям, которые имеют соответствующую отметку в «Листе разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» СМО путем проведения повторного медико-экономического контроля удерживает необоснованно предъявленную к оплате медицинскую помощь МО-исполнителя а также, на основании проведенного повторного медико-экономического контроля производит корректировку объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя с учетом внешних услуг в следующем отчетном периоде.

При невозможности разрешения спорных вопросов между МО-Фондодержателем и МО-Исполнителем, МО - Фондодержатель в срок не позднее 17-го рабочего дня после окончания отчетного периода направляет в СМО «Лист разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» в соответствии с Приложением № 2 к настоящему Порядку с приложением подтверждающих разногласия документов. СМО на основании «Листа разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю» проводит медико-экономическую экспертизу обоснованности оказания оспариваемых внешних медицинских услуг в течение 30 рабочих дней после получения «Листа разногласий по оплате счетов МО - Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю». Результаты медико-экономической экспертизы учитываются при оплате за оказанные внешние медицинские услуги, а также при расчете объема подушевого финансирования МО-Фондодержателя в следующем отчетном периоде после ее проведения.

8.7. Окончательный расчет с Фондодержателем, в части подушевого финансирования, определяется по формуле (2):

$$OK_{\text{смoi}} = C_{\text{смoi}} + \sum_{\text{нпсмoi}} - \sum_{\text{вуссмoi}} - \sum_{\text{мэкфд}} - A_{\text{смoi}} \quad (2),$$

где:

$OK_{смoi}$ - сумма окончательного расчета с МО - Фондодержателем по подушевому нормативу;

$C_{смoi}$ – объем финансирования по подушевому нормативу;

$\sum_{нпсмoi}$ – принятая СМО_i к оплате сумма, за услуги, оказанные МО – Фондодержателем неприкрепленным застрахованным гражданам;

$\sum_{вуссмoi}$ - принятая СМО_i к оплате сумма, за внешние услуги, оказанные МО - Исполнителем застрахованным, прикрепленным к МО – Фондодержателю;

$\sum_{мэкфд}$ – суммы, удержанные по результатам МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, проведенной у МО – Фондодержателя в части подушевого финансирования;

$Асмoi$ - авансовый платеж СМО_i в части подушевого финансирования.

По результатам расчетов за каждый месяц с МО - Исполнителем и с учётом результатов МЭК, МЭЭ и/или ЭКМП, оказанной застрахованным лицам, СМО определяет сумму окончательного расчета с МО - Фондодержателем. Окончательный расчет оформляется в виде Акта в соответствии с Приложением №3 к настоящему Порядку, который направляется МО – Фондодержателю.

8.8. В случае если сумма окончательного расчета сложилась отрицательной, то при авансировании следующего месяца аванс уменьшается на эту сумму.

8.9. МО - Фондодержатель обязан провести анализ Акта окончательного расчета, полученного от СМО в соответствии с приложением № 3 к настоящему Порядку.

8.10. Месячный объем финансовых средств на оплату медицинской помощи, оказываемой МО - Фондодержателем в амбулаторных условиях, определяется по формуле (3):

$$C_{аппсмoi} = ПФ_{смoi} + C_{неотл} + C_{дис.} + C_{цз} + C_{вс} + C_{фap} + C_n \quad (3),$$

где:

$ПФ_{смoi}$ - подушевое финансирование МО - Фондодержателя по подушевому нормативу;

$C_{стом}$ - оплата фактически оказанных объемов неотложной медицинской помощи по установленным тарифам;

$C_{дис}$ - оплата фактически оказанных объемов законченных случаев диспансеризации и профилактических осмотров отдельных групп населения;

$C_{цз}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинских услуг в центрах здоровья;

$C_{вс}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинских услуг, оказанных врачами-специалистами, оплата услуг которых не включена в подушевой норматив финансирования;

$C_{фап}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинской помощи фельдшерско-акушерских пунктов, среднего медицинского персонала, ведущих самостоятельный прием;

$C_{н}$ - оплата фактически оказанных объемов медицинских услуг застрахованным лицам, не прикрепленным к медицинским организациям.

9. Порядок применения подушевых нормативов финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия и тарифа за вызов скорой медицинской помощи

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (далее – СМП) застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия, осуществляется по подушевым нормативам финансирования и за вызов скорой медицинской помощи, установленным в **Приложении № 15** к ГТС на 2019 год, подушевой норматив финансирования включает в себя и выплаты стимулирующего характера врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи.

Подушевые нормативы финансирования и стоимость вызова для оплаты скорой медицинской помощи в Республике Ингушетия определены для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, проживающему в зоне обслуживания, и рассчитаны на основании годового объема денежных средств, предназначенных на оплату расходов скорой медицинской помощи в 2019 году, и численности обслуживаемых застрахованных лиц, которым полис обязательного медицинского страхования выдан в Республике Ингушетия (по состоянию на 01.01.2018г.). Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы

обязательного медицинского страхования, в расчете на одного застрахованного составляет 681,905 руб., базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации составляет 231,91 руб.

СМО перечисляет медицинским организациям, оказывающим скорую медицинскую помощь, вне медицинской организации сумму средств, причитающуюся ежемесячно на оплату по подушевым нормативам финансирования и по стоимости за вызов скорой медицинской помощи в соответствии с утвержденными плановыми объемами, на основании сводного счета, предъявленного к оплате медицинской организацией за отчетный месяц и реестров счетов, в которых сумма к оплате выставляется в соответствии с утвержденными тарифами за вызов скорой медицинской помощи.

8. Порядок проведения приема-сдачи работ при оплате скорой медицинской помощи

Медицинские организации предъявляют к оплате счета (реестры счетов) на оплату оказанной скорой медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным разделом 7 настоящего Приложения.

При наличии оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи СМО после оформления актов в установленном порядке уменьшает сумму сводного счета на сумму отказов, которая определяется в соответствии с Приложением №3 к ГТС на 2019 год. Позиции реестра, отказанные в оплате по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, повторному предъявлению к оплате не подлежат.

**Информационный лист
по оплате счетов медицинских организаций - Исполнителей за оказанную медицинскую
помощь застрахованным лицам, прикрепившимся к Фондодержателю**

от _____
за _____ месяц 20__ г.
(наименование СМО)

№ п.п.	Код медицинской организации	Наименование медицинской организации-исполнителя	Период отчета	Сумма, предъявленная к оплате в СМО за оказанную медицинскую помощь (руб.коп.)	Сумма, отклоненная от оплаты (руб.коп.)	Сумма, возмещенная за предыдущие месяцы (руб.коп.)	Итоговая сумма, принятая к оплате в текущем месяце (руб.коп.)

* - Формируется в электронном виде

**Реестр медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями - Исполнителями застрахованным лицам, прикрепившимся к МО – Фондодержателю
(реестр внешних услуг)**

_____ (наименование СМО)

за _____ месяц 20__ г.

№ п/п	Имя исходного файла электронного реестра мед. помощи	Номер записи файла "медицинская помощь"	Фамилия, имя, отчество, дата рождения, № амб.карты	Серия и № полиса, серия и № паспорта	Адрес места регистрации, указанный в реестре на оплату оказанной медицинской помощи	Адрес места регистрации, указанный в заявлении о выборе/замене СМО	Основание прикрепления (заявление / адрес / списки МО-Фондодержателя)	Наименование МО, оказавшей медицинскую помощь	Вид медицинской помощи (посещение/обращение)	Код и наименование с врачебной должности	Дата начала и окончания лечения	Сумма оплаты (руб., коп.)
1	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

* - Формируется в электронном виде

Лист разногласий по оплате счетов медицинским организациям – Исполнителям за оказание медицинской помощи застрахованных лиц, прикрепившихся к МО - Фондодержателю

(наименование Фондодержателя)

к информационному листу по оплате счетов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, прикрепленным к МО - Фондодержателю, от _____

(наименование СМО)

за _____ месяц 20 ____ г.

№ п/п	№ позиции и в реестре внешних услуг	Имя исходного файла электронного реестра мед. помощи	Номер записи файла "медицинская помощь"	Фамилия, имя, отчество, дата рождения, № амб. карты	Серия и № полиса, серия и № паспорта	Адрес места регистрации, указанный в реестре на оплату оказанной медицинской помощи	Адрес места регистрации, указанный в заявлении о выборе/замене СМО	Основание прикрепления / (заявление / адрес / список МО-Фондодержателя)	Код и Наименование МО, оказавшей медицинскую помощь	Вид медицинской помощи (посещение / обращение)	Код и наименование врачебной должности	Дата начала и окончания лечения	Сумма оплаты (руб., коп.)	Причина разногласий / Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

* - по позициям урегулированным с МО-Исполнителем проставляется значение "согласовано исполнителем". В данном случае на листе разногласий необходима подпись и печать со стороны МО-Исполнителя.

МО - Фондодержатель _____ / _____

(Ф.И.О.)

20 ____ г.

(подпись)

М.П

АКТ № _____
окончательного расчета СМО с МО - Фондодержателем

за _____ 20__ г.
 (месяц)

СМО _____
 (наименование)

Медицинская организация _____
 (наименование)

Расчетная сумма подушевого финансирования за _____ 20__ г.
 (месяц)
 составила _____ рублей _____ копеек. (_____)

 (сумма прописью)

Сумма авансового платежа, перечисленная « ____ » _____ 20__ г.
 составила _____ рублей _____ копеек (_____)

 (сумма прописью)

(Сумма авансового платежа указывается с учетом суммы удержанных средств по результатам окончательного расчета за предыдущий месяц в размере _____ рублей _____ копеек)

Сумма, перечисленная за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам, не прикрепившимся к МО - Фондодержателю _____ рублей _____ копеек (_____)

 (сумма прописью)

Сумма уменьшения оплаты МО - Фондодержателя по актам СМО (медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам)* составляет _____ рублей _____ копеек
 (_____)
 (сумма прописью)

в том числе:

по результатам медико-экономического контроля _____ рублей _____ копеек;

по результатам медико-экономической экспертизы _____ рублей _____ копеек;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи _____ рублей _____ копеек.

Сумма, перечисленная за оказанные внешние медицинские услуги, оказанные застрахованным гражданам, прикрепившимся к МО - Фондодержателю _____ рублей _____ копеек (_____)

(сумма прописью)

в том числе по медицинским организациям:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Сумма (руб. коп.)
1	2	3

Результат окончательного расчета за _____ 20__ г.
(месяц)

_____ рублей _____ копеек
(результат может быть положительным или отрицательным)

В случае положительного результата:

Подлежит перечислению МО - Фондодержателю _____ рублей __ копеек
(_____)
(сумма прописью)

В случае отрицательного результата:

Подлежит уменьшению аванс МО - Фондодержателя в
_____ 20__ года
(следующий месяц)
_____ рублей _____ копеек (_____
_____).
(сумма прописью)

*- указывается сумма уменьшения денежных средств по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП, проведенных СМО у МО - Фондодержателя в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Руководитель СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

Главный бухгалтер СМО _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

М.П. «_____» _____ 20__ г.

Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	—	30 % размера ПНФ ТП ОМС
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	—	30 % размера ПНФ ТП ОМС
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме	—	30 % размера ПНФ ТП ОМС
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	—	100 % размера ПНФ ТП ОМС
1.2.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	—	300 % размера ПНФ ТП ОМС
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:		

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
1.3.1.	не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	–	100 % размера ПНФ ТП ОМС
1.3.2.	повлекший за собой причинение вреда здоровью, в том числе приведший к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	–	300 % размера ПНФ ТП ОМС
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100 % размера тарифа	100 % размера ПНФ ТП ОМС
1.5.	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", согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.	50 % размера тарифа	50 % размера ПНФ ТП ОМС
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет».		100 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети «Интернет» следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 % размера ПНФ ТП ОМС

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.		100 % размера ПНФ ТП ОМС
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		50 % размера ПНФ ТП ОМС

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.4.4.	о показателях доступности и качества медицинской помощи;		50 % размера ПНФ ТП ОМС
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;		50% размера ПНФ ТП ОМС
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.		50 % размера ПНФ ТП ОМС
Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	10% размера тарифа	100 % размера ПНФ ТП ОМС

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
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 мероприятий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	5% размера тарифа	—
3.2.2.	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		—
3.2.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	При ухудшении состояния: 40 % размера тарифа При риске прогрессирования: 20%	—
3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);	90 % размера тарифа	100% размера ПНФ ТП ОМС
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	100 % размера тарифа	300% размера ПНФ ТП ОМС
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:		
3.3.2.	приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).	40% размера тарифа	—

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).	50 % размера тарифа	—
3.5.	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; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова.	50 % размера тарифа	—
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	80% размера тарифа	100 % размера ПНФ ТП ОМС
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.	70 % размера тарифа	30% размера ПНФ ТП ОМС
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60 % размера тарифа	—

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
3.10.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.	100% размера тарифа	—
3.11.	Пункт исключен		
3.12.	Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств – синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.	30% размера тарифа	—
3.13.	Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.	30% размера тарифа	30% размера ПНФ ТП ОМС
3.14.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории вследствие дефектов при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи	90% размера тарифа	100% размера ПНФ ТП ОМС
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100 % размера тарифа	
4.2.	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	10 % размера тарифа	—

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
4.3.	Отсутствие в первичной документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.	10 % размера тарифа	—
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	90% размера тарифа	—
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	100 % размера тарифа	—
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.	100% размера тарифа	-
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы	Сумма, на которую тариф. Предъявленный к оплате, превышает тариф, который следует предъявить к оплате по результатам МЭЭ/ЭКМП	
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи/ Медицинских услуг при отсутствии в медицинском Документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи пациенту	100% размера тарифа	
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100 % размера тарифа	—
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100 % размера тарифа	—
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению;	100 % размера тарифа	—
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100 % размера тарифа	—
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100 % размера тарифа	—
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100 % размера тарифа	—
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100 % размера тарифа	—
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса ОМС, адресе и т.д.);	100 % размера тарифа	—
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис ОМС на территории другого субъекта РФ;	100 % размера тарифа	—
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100 % размера тарифа	—
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по ОМС на территории РФ.	100 % размера тарифа	—
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу ОМС;	100 % размера тарифа	—

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
5.3.2.	предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы;	100 % размера тарифа	
5.3.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, подлежащих оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100 % размера тарифа	—
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	100 % размера тарифа	—
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100 % размера тарифа	—
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности:		
5.5.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	100 % размера тарифа	—
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации;	100 % размера тарифа	—
5.5.3.	предоставление на оплату реестров счетов в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов).	100 % размера тарифа	—
5.6.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	100 % размера тарифа	—

№	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи	Размер штрафа
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи:		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100 % размера тарифа	—
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100 % размера тарифа	—
5.7.3.	стоимость отдельной услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	100 % размера тарифа	—
5.7.4.	стоимость услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты амбулаторной медицинской помощи на прикрепленное население, застрахованных в системе ОМС.	100 % размера тарифа	—
5.7.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи: – амбулаторных посещений и вызовов скорой и неотложной медицинской помощи в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); – пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях).	100 % размера тарифа	—
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному лицу в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	100 % размера тарифа	—