

Соглашение № 9  
о внесении изменений и дополнений в Тарифное соглашение на оплату  
медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на  
территории Иркутской области от 28.12.2018г.

г. Иркутск

«28» ИЮНЯ 2019 г.

Ярошенко Олег Николаевич - министр здравоохранения Иркутской области;

Градобоев Евгений Валерьевич - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области;

Приходько Олег Адамович - директор Иркутского филиала ООО ВТБ МС, президент Ассоциации медицинских страховщиков Иркутской области;

Никифорова Светлана Владимировна - председатель Иркутской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Гайдаров Гайдар Мамедович - председатель Правления Иркутского регионального отделения Общероссийской общественной организации "Российское общество по организации здравоохранения и общественного здоровья";

включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Иркутской области (далее - Комиссия) и в дальнейшем именуемые "Стороны", на основании решения, принятого Комиссией, заключили настоящее Соглашение о внесении изменений в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 28 декабря 2018 года (далее – Соглашение) о нижеследующем:

Внести в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Иркутской области от 28.12.2018 года (в редакции Соглашений № 1 от 17.01.2019г., № 2 от 19.02.2019г., № 3 от 22.02.2019г., № 4 от 26.03.2019г., № 5 от 19.04.2019г., № 6 от 22.04.2019г., № 7 от 27.05.2019г., № 8 от 06.06.2019г.) (далее – Тарифное соглашение) следующие изменения и дополнения:

1. В пункте 1 Раздела 1 Тарифного соглашения слова «Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011г. № 158н» заменить словами «Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. № 108н (далее – Правила ОМС)».

2. В абзаце пятом пункта 3 Раздела 1 Тарифного соглашения слова «приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. №230» заменить словами «приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019г. № 36», а также слова «пунктом 127.4 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных

приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. №158н» заменить словами «пунктом 148 Правил ОМС».

3. Пункт 2 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения дополнить абзацем следующего содержания:

« Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации.».

4. Главу 1 Раздела 2 Тарифного соглашения дополнить пунктом 14 следующего содержания:

« 14. В рамках реализации пунктов 121, 122, второго абзаца пункта 151 Правил ОМС страховые медицинские организации для оплаты медицинской помощи в пределах распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, рассчитывают ежемесячный плановый объем по соответствующим видам и условиям медицинской помощи, (включающий в себя как объем предоставления медицинской помощи, так и финансовые средства), который определяется для конкретной медицинской организации в следующем порядке:

- первый месяц квартала как  $1/3$  квартального планового объема по соответствующим видам и условиям медицинской помощи, к которому относится отчетный месяц.

- в последующие месяцы квартала:

$$\text{Пмес.} = (\text{Пкв.} - \text{МПопл.}) / \text{Ком.},$$

где:

Пмес. – план на отчетный месяц

Пкв. – план, установленный на квартал

МПопл. – объем медицинской помощи, оплаченной медицинской организации за месяцы, предшествующие отчетному месяцу, с начала квартала

Ком. – количество оставшихся месяцев в квартале, за которые оплата медицинской помощи не проводилась.

Отчетным месяцем является месяц, за который медицинской организацией предоставлены в страховые медицинские организации реестры счетов (счета) на оплату медицинской помощи.

Настоящий пункт применяется при реализации всех глав раздела 2 Тарифного соглашения.»

5. Абзац второй пункта 13 Главы 1 Раздела 2 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«В случае если взаиморасчеты осуществляются с участием страховых медицинских организаций, медицинской организацией составляется реестр счетов по установленным тарифам с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинской помощи, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, согласованных между медицинскими организациями, что подтверждается подписями руководителей

(уполномоченных лиц) медицинских организаций на документе согласования. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации уменьшается на объем средств, причисленных другой медицинской организации за оказанную медицинскую помощь по направлениям, выданным данной медицинской организацией. При этом страховая медицинская организация ежемесячно извещает медицинские организации о размере средств перечисленных, уменьшенных в рамках взаиморасчетов.».

6. Главу 2 Раздела 2 Тарифного соглашения дополнить пунктом 10 следующего содержания:

« 10. В связи с признанием утратившим силу «Порядка расчета суммы оплаты медицинской помощи в целях соблюдения установленных финансовых объемов медицинской помощи» страховые медицинские организации производят восстановление медицинской организации ранее уменьшенных сумм (в связи с применением в первом полугодии 2019 года коэффициента корректировки оплаты реестров счетов), но только в пределах сумм невыполненного объема финансовых средств за отчетный месяц, по соответствующим видам и условиям оказания медицинской помощи. Расчеты по восстановлению сумм завершаются до 31 декабря 2019 года. Настоящий пункт применяется при осуществлении оплаты по всем видам и условиям медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.»

7. В Пункте 1 Раздела 3 Тарифного соглашения слова «установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС)» заменить словами «установленной разделом XII Правил ОМС.».

8. В Раздел 4 Тарифного соглашения внести следующие изменения:

8.1. Пункт 3 изложить в следующей редакции:

3. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт},$$

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

$$\text{Сшт} = \text{РПА базовый} \times \text{Кшт},$$

где:

РПА базовый - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации:

$$Сшт = РПсм\text{п базовый} \times Кшт,$$

где:

РПсм\text{п базовый} - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания:

$$Сшт = РПп\text{п базовый} \times Кшт,$$

где:

РПп\text{п базовый} - подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара:

$$Сшт = РПст \times Кшт,$$

где:

РПст - подушевой норматив финансирования, установленный в соответствии с территориальной программой<sup>1</sup> на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

Кшт - коэффициент для определения размера штрафа.

Коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с перечнем оснований.»

<sup>1</sup> Подушевой норматив финансирования, установленный в приложении 9 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства Иркутской области от 26 декабря 2018 года № 965-п\text{п}, на медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС:

- для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (строка 23);
- для медицинской помощи в условиях дневного стационара (строка 24).

8.2. Пункт 4 Раздела 4 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

« 4. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию, включающий размеры коэффициентов Кно для определения размера неполной оплаты и Кшт для определения размера штрафа (далее - Перечень):

№ п/п	Основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)	Кно для определения размера неполной оплаты	Кшт для определения размера 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		0,3
1.1.2.	На выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации		0,3
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 в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения		0,3
1.1.4.	Не включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения		
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования		1,0

	имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания		3,0
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;		1,0
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, 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);		3,0
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования	1,0	1,0
1.5.	Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <sup>1</sup> , и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <sup>2</sup> , на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи	0,5	0,5
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет		1,0
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой		0,3

	государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;		0,3
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой <sup>3</sup> .		0,3
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях		1,0
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;		0,3
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;		0,3
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;		0,3
2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;		0,3
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;		0,3
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные		0,3

	средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.		
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	0,1	1,0
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	
3.2.2.	приведшее к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях <sup>4</sup> );	0,3	
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 медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	
3.2.4.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1,0
3.2.5.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1,0	3,0
3.2.6.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций.		



3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	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 медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях)	0,5	
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), 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 тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова	0,3	
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преимущественности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	0,8	1,0
3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре	0,7	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям	0,6	
3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской		

	помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи	0,3	
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством <sup>5</sup>		
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	0,9	1,0
Раздел 4. Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, без объективных причин	1,0	1,0
4.2.	Отсутствие в 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	0,1	
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство <sup>6</sup> или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях	0,1	
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания)	0,5	
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание	1,0	

	медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.)		
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы (В случаях, когда по результатам медико-экономической экспертизы или экспертизы качества медицинской помощи устанавливается некорректное применение тарифа, требующего его замены, страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить) <sup>7</sup>		0,3
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу	1,0	1,0
	Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов		
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета	1,0	
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов	1,0	
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение	1,0	
5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов	1,0	
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку)	1,0	
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты	1,0	
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией	1,0	

5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.)	1,0	
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившему полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации	1,0	
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах	1,0	
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации	1,0	
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
5.3.1.	Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в территориальную программу обязательного медицинского страхования	1,0	
5.3.2.	Предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования <sup>8</sup>	1,0	
5.3.3.	Включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования)	1,0	
5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
5.4.1.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении	1,0	
5.4.2.	Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении	1,0	

5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	Включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации	1,0	
5.5.2.	Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности	1,0	
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)	1,0	
5.6.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи	1,0	
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее)	1,0	
5.7.2.	Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре	1,0	
5.7.3.	Стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией	1,0	
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования	1,0	
5.7.5.	Включение в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в	1,0	

	условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях)		
5.7.6.	Включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения	1,0	
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом	1,0	

<sup>1</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018г. № 2738-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 51, стр. 8075).

<sup>2</sup> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018г. № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, стр. 196).

<sup>3</sup> В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, стр. 6724; 2013, № 48, стр. 6165; 2014, № 49, ст. 6927).

<sup>4</sup> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, стр. 6724; 2017, № 31, стр. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).

<sup>5</sup> В соответствии со статьей 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, стр. 6724).

<sup>6</sup> В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, стр. 6724; 2017, № 31, стр. 4791; 2013, № 48, ст. 6165; 2019, № 10, ст. 888).»

<sup>7</sup> Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н.

<sup>8</sup> под распределенными объемами предоставления медицинской помощи, понимаются как количественные показатели объема медицинской помощи, так и стоимость объема медицинской помощи (финансовых средств).

9. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 1 к настоящему Соглашению).

10. Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 2 к настоящему Соглашению).


11. Приложение № 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение № 3 к настоящему Соглашению).

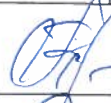
12. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания и распространяется на правоотношения при оплате медицинской помощи, оказанной в июне 2019 года, за исключением подпункта 8.2. пункта 8 настоящего Соглашения, распространяющегося на правоотношения, возникшие с 29.06.2019 года.


13. Настоящее Соглашение составлено в пяти экземплярах, имеющих


одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.


ПОДПИСИ СТОРОН

  
\_\_\_\_\_  
О.Н. Ярошенко

  
\_\_\_\_\_  
О.А. Приходько

  
\_\_\_\_\_  
Г.М. Гайдаров

  
\_\_\_\_\_  
Е.В. Градобоев

  
\_\_\_\_\_  
С.В. Никифорова