

Приложение 1
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области

1. Общие положения

1.1. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области (далее – Порядок) разработан с целью определения общих принципов расчета и формирования тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования на территории Кировской области, основных требований при расчете тарифов на медицинские услуги.

1.2. Действие Порядка распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования на территории Кировской области.

2. Основные принципы расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области

2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области (далее – тарифы) рассчитываются на единицу медицинской услуги, установленную Положением о правилах и способах оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области (Приложение 13 к тарифному соглашению).

2.2. Тарифы рассчитываются в соответствии с главой XI «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

2.3. Тарифы включают расходы медицинских организации (далее – МО) по видам помощи:

2.3.1. в стационаре – в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи (далее – СиПОМП) при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы приемного отделения, профильного отделения, консультации специалистов, в том числе и из других МО, расходный материал, используемый при оперативных вмешательствах, в том числе выполненных малоинвазивными и эндоскопическими методами, все виды анестезии,

включая наркоз, лабораторные, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, аппаратное лечение и т.д.);

2.3.2. в дневном стационаре – в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными СиПОМП при лечении основного заболевания и сопутствующего, влияющего на течение основного и/или требующего постоянной поддерживающей терапии (расходы профильного дневного стационара, консультации специалистов, лабораторные, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования, физиотерапевтическое лечение и лечебный массаж, лечебную физкультуру, аппаратное лечение и т.д.);

2.3.3. в поликлинике – в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными СиПОМП при лечении основного заболевания, лабораторные, лечебно-диагностические исследования и т.д.;

2.3.4. в стоматологии – в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными СиПОМП при лечении основного заболевания (расходы соответствующего кабинета, все виды анестезии, лечебно-диагностические исследования и т.д.).

2.4. Тарифы для МО, расположенных в местностях с установленным районным коэффициентом (далее – РК) к заработной плате, утверждаются с использованием вышеуказанного коэффициента в доле заработной платы и начислений на оплату труда.

2.5. К тарифам могут применяться коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, позволяющие учесть сложившиеся большие или меньшие расходы МО по сравнению со средним уровнем.

2.6. Отнесение профиля оказания медицинской помощи конкретной МО по видам медицинской помощи к уровню (далее – уровень МО) устанавливается распоряжением департамента здравоохранения Кировской области.

3. Методика расчета тарифов посещения, УЕТ

3.1. Тарифы одного посещения, условная единица трудозатрат (далее – УЕТ) рассчитываются по специальностям врачей с использованием относительного коэффициента стоимости посещения.

К относительным коэффициентам стоимости могут применяться коэффициенты, учитывающие особенности оказания медицинской помощи МО.

3.2. При пересчете УЕТ в посещения используется переводной коэффициент равный 4.

4. Методика расчета подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи

4.1. В расчет подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) включены расходы на медицинскую помощь, оказываемую врачами-специалистами в соответствии с перечнем специалистов:

4.1.1. терапевт, в т.ч. врач общей врачебной практики, фельдшер, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта;

4.1.2. педиатр;

4.1.3. акушер-гинеколог;

4.1.4. офтальмолог;

4.1.5. оториноларинголог;

4.1.6. невролог;

4.1.7. хирург

(далее – Перечень специалистов) в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в соответствии с СиПОМП при лечении основного заболевания, лабораторные и другие лечебно-диагностические исследования.

4.2. Термины и определения

4.2.1. Прикрепленное застрахованное по обязательному медицинскому страхованию население (далее – прикрепленное население) – население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию в Кировской области и прикрепленное к МО в соответствии с Порядком прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям Кировской области.

4.2.2. Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи (далее – ПН ПМСП) – объем финансирования МО на одного прикрепленного в год.

4.2.3. Базовый подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи (далее – базовый ПН ПМСП) – объем финансирования МО на оплату медицинской помощи в расчете на одного прикрепленного в год, составляющий 80% от подушевого норматива.

4.2.4. Половозрастные группы населения (далее – группы) – группы застрахованных по полу и возрасту, скомбинированные с учетом затрат и потребности в медицинских услугах из Перечня специалистов.

4.2.5. Половозрастные коэффициенты (далее – ПВК) – коэффициенты, учитывающие различия в уровне потребления медицинской помощи разными группами прикрепленного населения.

4.2.6. Районный коэффициент – показатель относительного увеличения заработной платы с целью компенсации дополнительных расходов и повышенных затрат труда, связанных с выполнением работы и проживанием в местностях с тяжелыми климатическими условиями.

4.2.7. Поправочный коэффициент, учитывающий радиус обслуживания МО, – коэффициент, учитывающий отдаленность прикрепленного населения от МО.

4.2.8. Поправочный коэффициент ФАП – коэффициент, учитывающий наличие фельдшерско-акушерских пунктов в составе МО на 1000 прикрепленных к МО.

4.2.9. Поправочный коэффициент учета движения населения – коэффициент, учитывающий разницу между количеством прикрепленного населения по месту регистрации с количеством прикрепленного населения по месту фактического проживания.

4.2.10. Адаптированный базовый норматив финансирования ПМСП (далее – адаптированный базовый НФ ПМСП) – ежемесячный объем финансирования конкретной МО, рассчитанный в соответствии с настоящим Порядком и утверждаемый в рамках Соглашения.

4.2.11. Стимулирующий норматив финансирования ПМСП (далее – стимулирующий НФ ПМСП) – объем финансирования конкретной МО, рассчитанный с применением клинических и статистических индикаторов, позволяющих дать оценку деятельности МО в соответствии с настоящим Порядком и утверждаемый в рамках Соглашения. Направляется в МО на выплаты стимулирующего характера (зарплата, начисления на выплаты по оплате труда) в целях совершенствования системы внутреннего менеджмента и мотивации сотрудников, повышения качества оказываемых услуг и создания более эффективной организационной структуры МО и составляет 25% от адаптированного базового НФ ПМСП.

4.3. Методика расчета

4.3.1. ПВК утверждаются Тарифным соглашением на год:

4.3.1.1. Общая стоимость оказанных медицинских услуг по Перечню специалистов для каждой группы за период (OC_i) рассчитывается по формуле:

$$OC_i = \sum_p (\hat{O}_p * \hat{E}_i), \text{ где:}$$

Tr – тариф на посещение p -го специалиста из Перечня специалистов;

K_i – количество посещений p -го специалиста из Перечня специалистов i -той группой.

4.3.1.2. Средняя подушевая стоимость оказанных медицинских услуг по Перечню специалистов для каждой группы (PC_i) рассчитывается по формуле:

$$PC_i = \frac{OC_i}{\sum_{ij} \hat{I}_{ij}}, \text{ где:}$$

N_{ij} – численность i -той группы, прикрепленной к j -той МО.

4.3.1.3. Рассчитывается ПВК для i -той группы (PVK_i):

$$PVK_i = \frac{\sum_i \hat{I} \hat{N}_i}{\sum_{ij} \hat{I}_{ij}}$$

4.3.2. Расчет подушевых нормативов финансирования ПМСП:

4.3.2.1. ПН ПМСП (PH) рассчитывается и утверждается Тарифным соглашением на год по формуле:

$$PH = \frac{\sum_i OC_i}{\sum_{ij} \hat{I}_{ij}}$$

4.3.2.2. Базовый ПН ПМСП (BPH) рассчитывается по формуле:

$BPH = PH * D$, где:

Величина доли средств (D) утверждается Тарифным соглашением

$D = 0,8$

4.3.3. Расчет нормативов финансирования ПМСП:

4.3.3.1. Адаптированный базовый НФ ПМСП ($ABH\Phi_{jst}$) рассчитывается ежемесячно для каждой МО, исходя из количества прикрепленного населения по срезу текущего месяца (m) на первое число месяца расчетного периода, в случае прикрепления застрахованного к МО полный календарный месяц (за исключением случаев выбытия застрахованного на территорию другого субъекта РФ по данным центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц и случаев регистрации актов гражданского состояния смерти застрахованного по данным Управления записи актов гражданского состояния (ЗАГС) Кировской области):

в разрезе СМО по формуле:

$$ABH\Phi_{jst} = \frac{1}{12} * BPH * PK_j * GK_j * FK_j * DK_j * BK_j * \sum_{ijs} (\hat{I}_{ijs} * \hat{I} \hat{A} \hat{E}_i), \text{ где:}$$

N_{ijs} – численность i -той группы, застрахованной в s -ной СМО и прикрепленной к j -той МО;

PK_j – районный коэффициент для j -той МО;

GK_j – поправочный коэффициент, учитывающий радиус обслуживания j -той МО;

FK_j – поправочный коэффициент на наличие ФАП для j -той МО;

ДК_j – поправочный коэффициент учета движения населения для j-той МО.

в целом по МО по формуле:

$$АБНФ_{jT} = \sum_s \lambda \dot{A} \dot{O} \dot{j} sm$$

4.3.3.2. Расчет остаточного дохода за отчетный месяц (ПФ_m) осуществляется по формуле:

в разрезе СМО:

ПФ_{jsm} = АБНФ_{jsm} - Ф_{jsm}, где:

Ф_{jsm} – фактические расходы СМО по оплате медицинской помощи, оказанной прикрепленному населению к j-той МО, обратившемуся в другие МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, оплата которой производится на основе подушевого финансового обеспечения ПМСП (по статьям расходов и тарифам данной МО).

в целом по МО:

$$ПФ_{jm} = \sum_s \dot{I} \dot{O} \dot{j} sm$$

4.3.3.3. Стимулирующий НФ ПМСП (СНФ_{jsk}) рассчитывается по итогам каждого квартала:

в разрезе СМО:

$$СНФ_{jsk} = ОК_j * \sum_m^{m+2} \frac{1}{4} \lambda \dot{A} \dot{O} \dot{j} sm, \text{ где:}$$

k – квартал, за который ведется расчет;

ОК_j – общий коэффициент, рассчитанный с применением клинических и статистических индикаторов в соответствии с пунктом 7.3.3.3 Методики.

в целом по МО:

$$СНФ_{jm} = \sum_s \dot{C} \dot{I} \dot{O} \dot{j} sk$$

4.3.4. Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего НФ ПМСП, оценке деятельности МО, участвующей в реализации мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи при способе оплаты медицинской помощи «поликлиника – условный фондодержатель»:

Таблица 1

| № | Индикаторы | Период оценки индикатора | Источник информации для оценки индикатора | Значимость индикатора (баллы) | Ранговое место по индикатору | Фактическое кол-во баллов (Бфакт) |
|-----|---|---|---|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Уровень госпитализации прикрепленного населения | | | | | |
| 1.1 | Уровень госпитализации прикрепленного населения на 1000 прикрепленных | при оценке за 1 квартал 2013 года оценивается период с 01.04.2012 по 31.03.2013 и далее -ежеквартально, со смещением на квартал (далее -Период) | КОФОМС | от 0 до 6 | | |
| 1.2 | Динамика (снижение/увеличение) числа госпитализации прикрепленных по сравнению 2012 годом (%) | индикатор за оцениваемый Период в сравнении со значением индикатора за 2012 год | | | | |
| 2. | Вызовы скорой медицинской помощи населением, прикрепленным к медицинской организации | | | | | |
| 2.1 | Количество вызовов прикрепленным населением на 1000 прикрепленных | Аналогично с п.1.1. | КОФОМС | от 0 до 6 | | |
| 2.2 | Динамика (снижение/увеличение) числа | Аналогично с п.1.2. | | | | |

| № | Индикаторы | Период оценки индикатора | Источник информации для оценки индикатора | Значимость индикатора (баллы) | Ранговое место по индикатору | Фактическое кол-во баллов (Бфакт) |
|------|--|---|---|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| | вызовов прикрепленных по сравнению с 2012 годом (%) | | | | | |
| 3. | Ведение электронной амбулаторной карты | | | | | |
| 3.1 | Количество электронных амбулаторных карт на 1000 прикрепленных | Ежеквартально, нарастающим итогом с 01.01.2013 | МИАЦ | от 0 до 6 | | |
| 4. | Ведение электронных регистров хронических больных | | | | | |
| 4.1 | Количество случаев болезней в электронном регистре хронических больных на 1000 хронических случаев болезней | Ежеквартально, нарастающим итогом с 01.01.2013 | МИАЦ | от 0 до 6 | | |
| 5. | Выявление онкопатологии | | | | | |
| 5.1. | Количество выявленных онкопатологий на 1000 прикрепленных | Ежеквартально с 01.01.2013 за каждый квартал 2013 | МИАЦ | от 0 до 6 | | |
| 5.2. | Динамика (снижение/увеличение) выявленных онкопатологий по сравнению со средним значением за квартал 2012 года (%) | Ежеквартально с 01.01.2013 за каждый квартал 2013 | | | | |
| 6. | Отсутствие обоснованных жалоб на оказание ПМСП | Ежеквартально с 01.01.2013 | КОТФОМС, СМО | от 0 до 6 | | |

Максимальное количество баллов Бмакс -

Фактическое количество баллов Бфакт -

*по данному критерию КОГБУЗ «Кировский детский городской клинический лечебно-диагностический центр» не оценивается.

4.3.4.1. Максимальное количество баллов Бмакс – 36.

Фактическое количество баллов Бфакт утверждается Тарифным соглашением по результатам оценки индикаторов.

4.3.4.2. Таблица соотношений рангового места МО по индикаторам, указанным в пункте 1 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» количеству баллов:

Таблица 2

| Ранговое место | 1-9 | 10-17 | 18-26 | 27-36 | 37-46 | 47-56 |
|----------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| Баллы | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

4.3.4.3. Таблица соотношений рангового места МО по индикаторам, указанным в пункте 2 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» количеству баллов:

Таблица 3

| Ранговое место | 1-9 | 10-18 | 19-27 | 28-36 | 37-46 | 47-56 |
|----------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| Баллы | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

4.3.4.4. Таблица соотношений рангового места МО по индикаторам, указанным в пункте 3 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» количеству баллов:

Таблица 4

| Ранговое место | 1-8 | 9-17 | 18-27 | 28-34 | 35-42 | 43-49 | 50-53 | 54-56 |
|----------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Баллы | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

4.3.4.5. Таблица соотношений рангового места МО по индикаторам, указанным в пункте 4 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» количеству баллов:

Таблица 5

| | | | | | | | | |
|----------------|-----|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ранговое место | 1-1 | 2-6 | 8-14 | 15-20 | 21-27 | 28-36 | 37-48 | 49-56 |
| Баллы | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

4.3.4.6. Таблица соотношений рангового места МО по индикаторам, указанным в пункте 5 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» количеству баллов:

Таблица 6

| | | | | | | | |
|----------------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ранговое место | 1-7 | 8-14 | 15-22 | 23-31 | 32-41 | 42-50 | 51-56 |
| Баллы | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

4.3.4.7. Таблица соотношений рангового места МО по индикаторам, указанным в пункте 6 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» количеству баллов:

Таблица 7

| | | | | | | | |
|----------------|------|---|---|---|---|---|-------|
| Ранговое место | 1-43 | - | - | - | - | - | 44-54 |
| Баллы | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

4.3.5. Методика расчета фактического количества набранных баллов при оценке клинических и статистических индикаторов, используемых при расчете стимулирующего НФ ПМСП для МО.

4.3.5.1. Формируется таблица данных по клиническим и статистическим индикаторам в абсолютных значениях: на 1000 прикрепленного населения, по пунктам 1, 2, 5 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» – дополнительно, в динамике (в %), в сравнении с аналогичным периодом предыдущего года по МО;

4.3.5.2. Определяется ранг по каждому индикатору.

4.3.5.3. Определяется ранговое место для каждой МО по полученным значениям индикаторов.

4.3.5.4. Ранговое место по индикаторам, указанным в пунктах 1, 2, 5 Таблицы 1 «Клинические и статистические индикаторы, используемые при расчете стимулирующего норматива финансирования ПМСП» является суммой ранговых мест индикаторов, указанных в соответствующих подпунктах и называется «общий ранг по индикатору».

Например:

| № п/п | наименование МО | Индикатор- уровень госпитализации прикрепленного населения на 1000 прикрепленных | | | | | | и т.д. по каждому индикатору |
|-------|-----------------|--|---|--|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | Уровень госпитализации прикрепленного населения на 1000 прикрепленных | Динамика (снижение/увеличение) числа госпитализации прикрепленных за оцениваемый период в сравнении со значением индикатора за 2012 год | ранг по госпитализации на 1000 прикрепленных | ранг по госпитализации на 1000 прикрепленных по сравнению 2012 годом | общий ранг по индикатору | ранговое место по индикатору | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7=5+6 | 8 | 9 |
| 1 | МО №1 | 35,5 | 90,3% | 1 | 1 | 2 | 1 | |
| 2 | МО №2 | 57,9 | 101,1% | 5 | 3 | 8 | 4 | |
| 3 | МО №3 | 50,3 | 101,3% | 3 | 4 | 7 | 3 | |
| 4 | МО №4 | 51,3 | 113,4% | 4 | 5 | 9 | 5 | |
| 5 | МО №5 | 41,0 | 96,6% | 2 | 2 | 4 | 2 | |

4.3.5.5. Максимальное значение рангового места (графа 8) по каждому индикатору равно количеству оцениваемых МО.

4.3.5.6. Определяется соотношение рангового места по каждому индикатору количеству баллов в соответствии с таблицами 2 – 5.

4.3.5.7. Определяется суммарное количество баллов по оцениваемым индикаторам для каждой МО (*Бфакт*).

4.3.5.8. Рассчитывается поправочный коэффициент (ОК_j):

$$OK_j = \frac{A_{\text{д\`ае\`о}}}{A_{\text{и\`ае\`н}}}$$

5. Методика расчета подушевого норматива финансирования по способу оплаты медицинской помощи «поликлиника – условный фондодержатель»

5.1. Подушевой норматив финансирования по способу оплаты медицинской помощи «поликлиника – условный фондодержатель» рассчитан исходя из численности прикрепленного населения и суммы планируемого объема финансового обеспечения медицинской организации на очередной финансовый год (без расходов по оказанию медицинской помощи населению, прикрепленному к другим МО, входящим в зону обслуживания медицинской организации, в части оказания медицинской помощи как межрайонный центр), включая расходы на амбулаторную, стационарозамещающую, стационарную медицинскую помощь (за исключением «неуправляемых случаев оказания медицинской помощи»), скорую медицинскую помощь (вызовы).

5.2. Расчет остаточного дохода для МО, работающей по способу оплаты медицинской помощи «поликлиника – условный фондодержатель» производится согласно таблице:

| № | Наименование показателя | стр. | ед.изм. | значение |
|-----|---|------|---------|----------|
| 1. | Утвержденный подушевой норматив в расчете на год | 01 | рублей | |
| 2. | Подушевой норматив в расчете на один квартал (стр.1/4) | 02 | рублей | |
| 3. | Среднемесячная численность прикрепленного населения за один квартал | 03 | чел. | |
| 4. | Объем условного фондодержания в расчете на один квартал (стр.02*стр.03) | 04 | рублей | |
| 5. | Сумма предъявленных к оплате счетов МО на прикрепившихся и предъявленных счетов других МО на прикрепившихся за квартал. Перечень прилагается. | 05 | рублей | |
| 6. | Результат (стр.04-стр.05) | 06 | рублей | |
| 7. | В расчете на одного прикрепленного жителя (ст.06/стр.03) | 07 | рублей | |
| | Оценка деятельности по индикаторам деятельности МО | | | |
| 8. | Максимальное количество баллов | 08 | | |
| 9. | Фактическое количество баллов | 09 | | |
| 10. | Остаточный доход с учетом оценки показателей (стр.07*стр.09/стр.08) | 10 | рублей | |

5.3. Сумма по строке 5 «Сумма предъявленных к оплате счетов МО на прикрепившихся и предъявленных счетов других МО на прикрепившихся за _____ квартал» формируется за исключением расходов на медицинскую помощь, оказанную прикрепившимся:

5.3.1. в МО по месту прикрепления по случаям 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в возрасте 7 и 14 лет.

5.3.2. в других МО области по следующим профилям и видам помощи:

| № | Наименование МО | Вид медицинской помощи | Наименование профиля |
|-----|---|------------------------|----------------------|
| 1. | КОГБУЗ «Кировская инфекционная клиническая больница» | все | все |
| 2. | КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» | | |
| 3. | КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» | | |
| 4. | КОГБУЗ «Кировская областная больница восстановительного лечения» | | |
| 5. | КОГБУЗ «Областной гериатрический центр» | | |
| 6. | КОГБУЗ «Кировский областной клинический кожно-венерологический диспансер» | | |
| 7. | КОГБУЗ «Кировский областной клинический онкологический диспансер» | | |
| 8. | КОГБУЗ «Кировский областной госпиталь для ветеранов войн» | | |
| 9. | КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница № 3» | | |
| 10. | КОГАУЗ "Кировская клиническая стоматологическая поликлиника" | | |
| 11. | КОГБУЗ «Кировский областной диагностический центр» | | |
| 12. | КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» | | |
| 13. | КОГБУЗ «Северная городская клиническая больница г. Кирова» | стационар | аллергологический |
| | | поликлиника | аллерголог |
| 14. | КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница № 6 «Лепсе» | стационар | урологический |
| | | дневной стационар | проктологический |
| | | | уролог |
| | | поликлиника | проктолог |
| 15. | КОГАУЗ «Кировская клиническая офтальмологическая больница» | стационар | офтальмологический |
| | | дневной стационар | |
| 17. | КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница № 4 | стационар | ревматологический |
| | | дневной стационар | ревматологический |
| | | поликлиника | ревматолог |

5.4. При оценке деятельности медицинской организации, участвующей в реализации мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи при способе оплаты медицинской помощи «поликлиника – условный фондодержатель», используются клинические и статистические индикаторы в соответствии с пунктом 4.3.4 настоящего Порядка.

5.5. Расходование средств остаточного дохода осуществляется медицинской организацией в соответствии с Соглашением по осуществлению мероприятий по повышению доступности и качества медицинской помощи при способе оплаты медицинской помощи «поликлиника – условный фондодержатель» при реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2014 год, в части территориальной программы обязательного медицинского страхования.

6. Методика расчета тарифов на скорую медицинскую помощь, скорую специализированную (санитарно-авиационную) медицинскую помощь

6.1. Тариф на вызов скорой медицинской помощи, скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи, подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи рассчитаны в соответствии с расходами, утвержденными Территориальной программой, в части расходов на скорую, специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь, на 2014 год.

6.1.1. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи рассчитан по формуле:

$$ПНФСМП_{год} = ПНФСМП_{мес} * PK_j * K_{Бригj} * КОбслj * KN_{Бригj} * H$$

PK_j – районный коэффициент для j -той МО;

$K_{Бригj}$ – поправочный коэффициент, учитывающий соотношение врачебных и фельдшерских бригад j -той МО;

$КОбслj$ – поправочный коэффициент, учитывающий количество обслуживаемого застрахованного населения отделением (станцией) СМП j -той МО, относительно застрахованного населения муниципального образования;

$KN_{Бригj}$ – поправочный коэффициент, учитывающий нагрузку на бригаду (смену) отделения (станции) СМП j -той МО;

H – численность застрахованного населения по муниципальному образованию по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц Кировского областного территориального фонда на первое число месяца, следующего за расчетным периодом.

6.1.2. Стоимость вызова скорой медицинской помощи рассчитана исходя из средних фактически сложившихся расходов МО на 1 вызов по статьям КОСГУ Статья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов», в части расходов на приобретение горюче-смазочных материалов и лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария с применением индекса-дефлятора.

6.1.3. Подушевой норматив финансирования скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи рассчитан по формуле:

$$ПНФСМП_{СА год} = ПНФСМП_{СА мес} * H$$

H – численность застрахованного населения Кировской области по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц Кировского областного территориального фонда на первое число месяца, следующего за расчетным периодом.

6.1.4. Стоимость вызова скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи рассчитана в соответствии с региональной медико-экономической моделью согласно пункту 9 приложения 1 к Тарифному соглашению.

7. Методика расчета тарифов законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

7.1. Основные термины и определения.

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

7.1.2. Базовая ставка тарифа законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – средний объем финансового обеспечения законченных случаев лечения стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, оплачиваемой по стоимости

клинико-статистических групп, приходящийся на одного пролеченного пациента (далее - базовая ставка тарифа законченного случая лечения).

7.1.3. Коэффициент относительной затратно-емкости по клинико-статистическим группам – коэффициент, устанавливаемый Тарифным соглашением, характеризующий клинико-статистическую группу как отношение ее затратно-емкости к базовой ставке тарифа законченного случая лечения.

7.1.4. Перечень медицинских организаций на территории Кировской области по уровням оказания стационарной медицинской помощи утверждается распоряжением департамента здравоохранения Кировской области.

7.2. Формирование клинико-статистических групп.

7.2.1. Формирование клинико-статистических групп осуществляется на основе совокупности следующих основных параметров, определяющих среднюю затратно-емкость лечения пациентов: наличие или отсутствие хирургических операций, диагнозы.

7.2.2. Клинико-статистические группы подразделяются на четыре раздела: терапевтические клинико-статистические группы, хирургические клинико-статистические группы, специальные клинико-статистические группы (онкологические заболевания), специальные клинико-статистические группы (прочие заболевания), терапевтические и хирургические клинико-статистические группы при оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

7.2.3. Классификация терапевтических клинико-статистических групп с расшифровкой групп в соответствии с Международной классификацией болезней Десятого пересмотра (далее – МКБ-10) и классификация хирургических клинико-статистических групп в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н (далее – Номенклатура), представлены в приложении 5 и приложении 6 к Положению о правилах и способах оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области (Приложение 13 к Тарифному соглашению).

7.3. Расчет базовой ставки тарифа законченного случая лечения.

7.3.1. Базовая ставка тарифа законченного случая лечения определяется исходя из следующих параметров:

7.3.1.1. общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи, установленный Территориальной программой ОМС;

7.3.1.2. количество законченных случаев лечения по каждой клинико-статистической группе;

7.3.2. Базовая ставка (БС) тарифа законченного случая лечения рассчитывается по следующей формуле:

$$A\tilde{N} = \frac{I\tilde{N}}{\sum \times \tilde{N}}, \text{ где}$$

ОС – общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи тарифам законченных случаев лечения нозологических форм при оказании стационарной медицинской помощи в соответствии с их классификацией по клинико-статистическим группам;

ЧС – количество законченных случаев лечения.

7.4. Количество законченных случаев лечения, подлежащих оплате, определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляемого в соответствии с Федеральным

законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

7.5. Расчет объемов финансового обеспечения МО

7.5.1. Стоимость одного пролеченного случая (СС) при оплате по клинко-статистическим группам для j -той МО определяется по следующей формуле:

$$\tilde{N}\tilde{N}_g^j = (\hat{A}\tilde{N} \times PK_j \times \hat{E}_{ij} \times \hat{E}\zeta_g)$$

g - клинко-статистическая группа;

$\hat{E}\zeta_g$ - коэффициент относительной затроекности по клинко-статистической группе g ;

PK_j - районный коэффициент для j -той МО;

K_i - коэффициент уровня оказания медицинской помощи для профиля койки j -той МО;

7.5.2. Размер финансового обеспечения МО (ΦO_{MO}) при оплате по клинко-статистическим группам рассчитывается как сумма стоимостей законченный случаев лечения по каждой клинко-статистической группе медицинских организаций и числа случаев каждой клинко-статистической группы:

$$\hat{O}I_{ij} = \sum_g (\tilde{N}\tilde{N}_g^* \times \tilde{N}_g)$$

8. Методика расчета стимулирующего норматива финансирования МО, участвующих в пилотном проекте, направленном на повышение качества услуг в отделениях хирургического профиля круглосуточных стационаров

8.1. Стимулирующий норматив финансирования МО, участвующих в пилотном проекте, направленном на повышение качества услуг в отделениях хирургического профиля круглосуточных стационаров (далее – стимулирующий НФ ППХП) – объем финансирования конкретной МО, рассчитанный с применением показателей оценки деятельности, утвержденных распоряжением департамента здравоохранения Кировской области.

8.2. Стимулирующий НФ ППХП (заработная плата, начисления на выплаты по оплате труда) направляется в МО в целях повышения качества оказываемых услуг на выплаты стимулирующего характера специалистам с высшим и средним медицинским образованием, согласно Перечню должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, утвержденным распоряжением департамента здравоохранения Кировской области.

8.3. Методика расчета.

Стимулирующий НФ ППХП ($C\Phi_j$) рассчитывается ежеквартально для МО по формуле:

$$C\Phi_j = \sum j \times \check{I}\delta ,$$

где $\sum j$ – сумма принятых к оплате всех случаев оперативного лечения (за исключением случаев производства абортов, высокотехнологичной медицинской помощи, случаев оказания медицинской помощи гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территориях других субъектов Российской Федерации) по

профилям коек и перечню МО, установленных решением комиссии по оценке деятельности учреждений здравоохранения, участвующих в пилотном проекте;

Пр – процент, применяемый к сумме реестров счетов МО по случаям (профилям коек), подлежащим дополнительной оплате, определенным распоряжением департамента здравоохранения Кировской области, и установленный Соглашением.

9.Методика расчета стоимости законченного случая лечения на основе медико-экономической модели

9.1.Тариф законченного случая лечения на основе медико-экономической модели рассчитывается с применением структурного метода определения затрат, при котором затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально затратам на оплату труда и начислениям на выплаты по оплате труда персонала, участвующего непосредственно в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), численности персонала.

9.2. В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

9.2.1. В составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), учитываются следующие группы затрат:

9.2.1.1. затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

9.2.1.2. затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги);

9.2.1.3. затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги).

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги).

9.2.2. В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются следующие группы затрат:

9.2.2.1. затраты на коммунальные услуги;

9.2.2.2. затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее - затраты на содержание недвижимого имущества);

9.2.2.3. затраты на содержание объектов движимого имущества (далее - затраты на содержание движимого имущества);

9.2.2.4. затраты на приобретение услуг связи;

9.2.2.5. затраты на приобретение транспортных услуг;

9.2.2.6. затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));

9.2.2.7. затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

9.2.2.8. прочие затраты на общехозяйственные нужды.

9.2.3. Затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с действующей системой оплаты труда.

9.2.4. Затраты на материальные запасы определяются исходя из фактических объемов потребления материальных запасов за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении и включают в себя затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно используемых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Приложение 2
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Тарифы законченного случая лечения заболевания, включенного
в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний
при оказании специализированной медицинской помощи в
стационарных условиях и в условиях дневного стационара**

1. Базовая ставка тарифа КСГ – 19604,5 (руб.)

2. Поправочные коэффициенты:

2.1. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи:

| Уровень МО | Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи |
|------------|--|
| 3 уровень | 1,25 |
| 2 уровень | 0,95 |
| 1 уровень | 0,90 |

2.2. Районный коэффициент:

2.2.1. для медицинских организаций, расположенных в зоне с установленным районным коэффициентом – 1,01426

2.2.2. для медицинских организаций, расположенных в зоне без установленного районного коэффициента – 0,94805

3. Перечень клинко-статистических групп и коэффициенты относительной затратоемкости по клинко-статистическим группам:

3.1. Терапевтические клинко-статистические группы при оказании специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств обязательного медицинского страхования:

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинко-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинко-статистическим группам | |
|-------|---------|--|---|----------------------------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания |
| 1 | 1 | Кишечные инфекции | 0,576 | 0,259 |
| 2 | 2 | Вирусный гепатит | 1,268 | 0,571 |
| 3 | 3 | Другие инфекционные и паразитарные болезни | 1,064 | 0,479 |
| 4 | 4 | Анемии | 1,055 | 0,475 |
| 5 | 5 | Нарушения свертываемости крови | 0,942 | 0,424 |
| 6 | 6 | Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма | 1,105 | 0,497 |
| 7 | 7 | Болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов | 0,963 | 0,433 |
| 8 | 8 | Сахарный диабет | 1,139 | 0,513 |
| 9 | 9 | Другие болезни эндокринной системы | 1,302 | 0,586 |
| 10 | 10 | Новообразования эндокринных желез доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера | 1,201 | 0,54 |
| 11 | 11 | Расстройства питания | 1,046 | 0,471 |
| 12 | 12 | Нарушения обмена веществ | 1,023 | 0,46 |
| 13 | 13 | Доброкачественные новообразования нервной системы | 0,986 | 0,444 |

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | |
|-------|---------|--|--|----------------------------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания |
| 14 | 14 | Воспалительные заболевания ЦНС | 1,652 | 0,743 |
| 15 | 15 | Дегенеративные и демиелинизирующие болезни нервной системы | 1,038 | 0,467 |
| 16 | 16 | Эпилепсия, судороги | 0,873 | 0,393 |
| 17 | 17 | Мигрень, головная боль | 1,255 | 0,565 |
| 18 | 18 | Расстройства периферической нервной системы | 1,234 | 0,555 |
| 19 | 19 | Паралитические синдромы, травма спинного мозга | 1,102 | 0,496 |
| 20 | 20 | Другие нарушения нервной системы | 1,145 | 0,515 |
| 21 | 21 | Острые нарушения мозгового кровообращения | 1,873 | 0,843 |
| 22 | 22 | Другие цереброваскулярные болезни | 1,013 | 0,456 |
| 23 | 23 | Болезни глаза | 0,674 | 0,303 |
| 24 | 24 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ уха, горла, носа, полости рта | 0,732 | 0,329 |
| 25 | 25 | Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции | 0,822 | 0,37 |
| 26 | 26 | Другие болезни уха | 1,011 | 0,455 |
| 27 | 27 | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей | 0,718 | 0,323 |
| 28 | 28 | Другие болезни и врожденные аномалии верхних дыхательных путей, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания, нарушения речи | 1,088 | 0,49 |
| 29 | 29 | Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи | 1,000 | 0,45 |
| 30 | 30 | Ревматические болезни сердца | 1,006 | 0,453 |
| 31 | 31 | Гипертоническая болезнь | 0,938 | 0,422 |
| 32 | 32 | Стенокардия, хроническая ишемическая болезнь сердца | 1,086 | 0,489 |
| 33 | 33 | Острый и повторный инфаркт миокарда | 1,917 | 0,863 |
| 34 | 34 | Нарушения ритма | 1,323 | 0,595 |
| 35 | 35 | Другие болезни сердца | 1,084 | 0,488 |
| 36 | 36 | Флебит и тромбофлебит, варикозное расширение вен нижних конечностей | 1,431 | 0,644 |
| 37 | 37 | Другие болезни, врожденные аномалии вен | 1,633 | 0,735 |
| 38 | 38 | Болезни артерий, артериол и капилляров | 1,463 | 0,658 |
| 39 | 39 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ органов дыхания, других и неуточненных органов грудной клетки | 1,510 | 0,68 |
| 40 | 40 | Пневмония, плеврит, другие болезни плевры | 1,141 | 0,513 |
| 41 | 41 | Острый бронхит, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания | 0,887 | 0,399 |
| 42 | 42 | Хронический бронхит, хобл, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь | 0,898 | 0,404 |
| 43 | 43 | Астма | 1,136 | 0,511 |
| 44 | 44 | Гнойные состояния нижних дыхательных путей | 2,024 | 0,911 |
| 45 | 45 | Другие болезни органов дыхания | 1,327 | 0,597 |
| 46 | 46 | Язва желудка и двенадцатиперстной кишки | 1,053 | 0,474 |
| 47 | 47 | Болезни пищевода, гастрит, дуоденит, другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки | 0,955 | 0,43 |
| 48 | 48 | Неинфекционный энтерит и колит | 0,995 | 0,448 |
| 49 | 49 | Новообразования доброкачественные, in situ, неопределенного и неуточненного характера органов пищеварения | 0,682 | 0,307 |
| 50 | 50 | Болезни печени | 1,149 | 0,517 |
| 51 | 51 | Болезни желчного пузыря, поджелудочной железы | 1,014 | 0,456 |
| 52 | 52 | Другие болезни органов пищеварения | 0,579 | 0,261 |
| 53 | 53 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани | 0,822 | 0,37 |
| 54 | 54 | "Большие" болезни кожи | 1,462 | 0,658 |
| 55 | 55 | Инфекции кожи и подкожной клетчатки | 0,915 | 0,412 |
| 56 | 56 | "Малые" болезни кожи | 0,949 | 0,427 |
| 57 | 57 | Доброкачественные новообразования костно-мышечной системы и | 1,015 | 0,457 |

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | |
|-------|---------|--|--|----------------------------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания |
| | | соединительной ткани | | |
| 58 | 58 | Системные поражения соединительной ткани | 1,835 | 0,826 |
| 59 | 59 | Инфекционные и воспалительные артропатии | 1,024 | 0,461 |
| 60 | 60 | Артрозы | 1,334 | 0,6 |
| 61 | 61 | Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника | 1,148 | 0,517 |
| 62 | 62 | Остеомиелит | 1,501 | 0,675 |
| 63 | 63 | Остеопатии | 1,017 | 0,458 |
| 64 | 64 | Приобретенные и врожденные костно-мышечные деформации | 0,981 | 0,441 |
| 65 | 65 | Другие поражения суставов, болезни мягких тканей | 1,024 | 0,461 |
| 66 | 66 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера мочевых органов и мужских половых органов | 1,227 | 0,552 |
| 67 | 67 | Гломерулярные болезни | 1,617 | 0,728 |
| 68 | 68 | Тубулоинтерстициальные болезни почек, другие болезни мочевой системы | 1,012 | 0,455 |
| 69 | 69 | Камни мочевой системы; симптомы, относящиеся к мочевой системе | 0,734 | 0,33 |
| 70 | 70 | Почечная недостаточность | 2,286 | 1,029 |
| 71 | 71 | Болезни предстательной железы | 1,024 | 0,461 |
| 72 | 72 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов | 0,971 | 0,437 |
| 73 | 73 | Воспалительные болезни женских половых органов | 1,125 | 0,506 |
| 74 | 74 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ, неопределенного и неизвестного характера женских половых органов | 1,500 | 0,675 |
| 75 | 75 | Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения женских половых органов | 0,552 | 0,248 |
| 76 | 76 | Болезни молочной железы, новообразования молочной железы доброкачественные, in situ, неопределенного и неизвестного характера | 0,964 | 0,434 |
| 77 | 77 | Беременность, закончившаяся абортным исходом | 0,613 | 0,276 |
| 78 | 78 | Кровотечение в ранние сроки беременности | 1,140 | 0,513 |
| 79 | 79 | Отеки, протеинурия, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и после родов | 0,943 | 0,424 |
| 80 | 80 | Другие осложнения, связанные преимущественно с беременностью | 1,057 | 0,476 |
| 81 | 81 | Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения, осложнения родов и родоразрешения | 1,070 | 0,482 |
| 82 | 82 | Родоразрешение | 0,732 | 0,329 |
| 83 | 83 | Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом | 0,896 | 0,403 |
| 84 | 84 | Малая масса тела при рождении, недоношенность | 2,794 | 1,257 |
| 85 | 85 | Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость | 8,065 | 3,629 |
| 86 | 86 | Геморрагические и гемолитические нарушения у новорожденных | 1,887 | 0,849 |
| 87 | 87 | Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде | 1,631 | 0,734 |
| 88 | 88 | Сотрясение головного мозга | 0,809 | 0,364 |
| 89 | 89 | Внутричерепная травма | 1,883 | 0,847 |
| 90 | 90 | Переломы бедренной кости и костей таза | 1,382 | 0,622 |
| 91 | 91 | Переломы, вывихи, растяжения области грудной клетки, верхней конечности и стопы | 0,837 | 0,377 |
| 92 | 92 | Переломы, вывихи, растяжения области колена и голени | 1,121 | 0,504 |
| 93 | 93 | Открытые раны, поверхностные, другие и неуточненные травмы | 0,838 | 0,377 |
| 94 | 94 | Множественные переломы, травматические ампутации, размозжения и последствия травм | 1,309 | 0,589 |
| 95 | 95 | Отравления и другие воздействия внешних причин | 0,266 | 0,12 |
| 96 | 96 | Ожоги и отморожения | 1,333 | 0,6 |
| 97 | 97 | Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения | 0,562 | 0,253 |

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | |
|-------|---------|--|--|----------------------------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания |
| 98 | 98 | Госпитализация в диагностических целях | 0,460 | 0,207 |

3.2. Хирургические клинико-статистические группы при оказании специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств обязательного медицинского страхования:

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | |
|-------|---------|---|--|----------------------------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания |
| 1 | 5011 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи, Часть 1 | 0,542 | 0,488 |
| 2 | 5012 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи, Часть 2 | 0,77 | 0,693 |
| 3 | 5013 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи, Часть 3 | 1,302 | 1,172 |
| 4 | 5014 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи, Часть 4 | 2,289 | 2,060 |
| 5 | 5021 | Операции на костно-мышечной системе и суставах, Часть 1 | 0,781 | 0,703 |
| 6 | 5022 | Операции на костно-мышечной системе и суставах, Часть 2 | 0,922 | 0,830 |
| 7 | 5023 | Операции на костно-мышечной системе и суставах, Часть 3 | 1,343 | 1,209 |
| 8 | 5024 | Операции на костно-мышечной системе и суставах, Часть 4 | 1,444 | 1,300 |
| 9 | 5025 | Операции на костно-мышечной системе и суставах, Часть 5 | 1,652 | 1,487 |
| 10 | 5032 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы, Часть 2 | 0,998 | 0,898 |
| 11 | 5033 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы, Часть 3 | 1,184 | 1,066 |
| 12 | 5034 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы, Часть 4 | 1,391 | 1,252 |
| 13 | 5035 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы, Часть 5 | 1,454 | 1,309 |
| 14 | 5041 | Операции на органах полости рта, Часть 1 | 0,814 | 0,733 |
| 15 | 5042 | Операции на органах полости рта, Часть 2 | 1,302 | 1,172 |
| 16 | 5043 | Операции на органах полости рта, Часть 3 | 1,627 | 1,464 |
| 17 | 5044 | Операции на органах полости рта, Часть 4 | 2,213 | 1,992 |
| 18 | 5051 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях, Часть 1 | 0,542 | 0,488 |
| 19 | 5052 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях, Часть 2 | 0,724 | 0,652 |
| 20 | 5053 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях, Часть 3 | 1,006 | 0,905 |
| 21 | 5054 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях, Часть 4 | 1,318 | 1,186 |
| 22 | 5055 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях, Часть 5 | 2,387 | 2,148 |
| 23 | 5061 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения, Часть 1 | 0,673 | 0,606 |
| 24 | 5062 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения, Часть 2 | 1,297 | 1,167 |
| 25 | 5063 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения, Часть 3 | 1,785 | 1,607 |
| 26 | 5064 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения, Часть 4 | 2,278 | 2,050 |
| 27 | 5065 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения, Часть 5 | 2,712 | 2,441 |
| 28 | 5073 | Операции на сердце и коронарных сосудах, Часть 3 | 1,332 | 1,199 |
| 29 | 5074 | Операции на сердце и коронарных сосудах, Часть 4 | 1,844 | 1,660 |
| 30 | 5075 | Операции на сердце и коронарных сосудах, Часть 5 | 2,821 | 2,539 |
| 31 | 5081 | Операции на сосудах, Часть 1 | 0,651 | 0,586 |
| 32 | 5082 | Операции на сосудах, Часть 2 | 0,852 | 0,767 |

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | |
|-------|---------|---|--|----------------------------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания |
| 33 | 5083 | Операции на сосудах, Часть 3 | 1,33 | 1,197 |
| 34 | 5084 | Операции на сосудах, Часть 4 | 2,643 | 2,379 |
| 35 | 5093 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях, Часть 3 | 0,97 | 0,873 |
| 36 | 5094 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях, Часть 4 | 1,489 | 1,340 |
| 37 | 5095 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях, Часть 5 | 1,551 | 1,396 |
| 38 | 5103 | Операции на печени и поджелудочной железе, Часть 3 | 2,052 | 1,847 |
| 39 | 5104 | Операции на печени и поджелудочной железе, Часть 4 | 2,152 | 1,937 |
| 40 | 5112 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, Часть 2 | 1,055 | 0,950 |
| 41 | 5113 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, Часть 3 | 1,64 | 1,476 |
| 42 | 5114 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке, Часть 4 | 2,495 | 2,246 |
| 43 | 5122 | Апендектомия | 0,787 | 0,708 |
| 44 | 5132 | Операции по поводу грыж, Часть 2 | 0,855 | 0,770 |
| 45 | 5133 | Операции по поводу грыж, Часть 3 | 1,23 | 1,107 |
| 46 | 5142 | Операции на кишечнике и анальной области, Часть 2 | 0,975 | 0,878 |
| 47 | 5143 | Операции на кишечнике и анальной области, Часть 3 | 1,669 | 1,502 |
| 48 | 5144 | Операции на кишечнике и анальной области, Часть 4 | 1,917 | 1,725 |
| 49 | 5152 | Другие операции на органах брюшной полости, Часть 2 | 1,114 | 1,003 |
| 50 | 5153 | Другие операции на органах брюшной полости, Часть 3 | 1,128 | 1,015 |
| 51 | 5154 | Другие операции на органах брюшной полости, Часть 4 | 2,036 | 1,832 |
| 52 | 5155 | Другие операции на органах брюшной полости, Часть 5 | 2,278 | 2,050 |
| 53 | 5162 | Искусственное прерывание беременности (аборт), Часть 2 | 0,174 | 0,157 |
| 54 | 5173 | Кесарево сечение, Часть 3 | 0,878 | 0,790 |
| 55 | 5181 | Операции на женских половых органах, Часть 1 | 0,634 | 0,571 |
| 56 | 5182 | Операции на женских половых органах, Часть 2 | 0,732 | 0,659 |
| 57 | 5183 | Операции на женских половых органах, Часть 3 | 0,976 | 0,878 |
| 58 | 5184 | Операции на женских половых органах, Часть 4 | 1,302 | 1,172 |
| 59 | 5185 | Операции на женских половых органах, Часть 5 | 2,17 | 1,953 |
| 60 | 5193 | Операции на молочной железе, Часть 3 | 1,203 | 1,083 |
| 61 | 5194 | Операции на молочной железе, Часть 4 | 2,734 | 2,461 |
| 62 | 5202 | Операции на мужских половых органах, Часть 2 | 0,716 | 0,644 |
| 63 | 5203 | Операции на мужских половых органах, Часть 3 | 1,115 | 1,004 |
| 64 | 5204 | Операции на мужских половых органах, Часть 4 | 1,627 | 1,464 |
| 65 | 5213 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза, Часть 3 | 1,103 | 0,993 |
| 66 | 5214 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза, Часть 4 | 1,173 | 1,056 |
| 67 | 5223 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге, Часть 3 | 1,925 | 1,733 |
| 68 | 5224 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге, Часть 4 | 2,929 | 2,636 |
| 69 | 5232 | Операции на периферической нервной системе, Часть 2 | 1,392 | 1,253 |
| 70 | 5233 | Операции на периферической нервной системе, Часть 3 | 1,66 | 1,494 |
| 71 | 5234 | Операции на периферической нервной системе, Часть 4 | 1,953 | 1,758 |
| 72 | 5241 | Операции на органе зрения, Часть 1 | 0,673 | 0,606 |
| 73 | 5242 | Операции на органе зрения, Часть 2 | 0,694 | 0,625 |
| 74 | 5243 | Операции на органе зрения, Часть 3 | 0,716 | 0,644 |
| 75 | 5244 | Операции на органе зрения, Часть 4 | 0,759 | 0,683 |
| 76 | 5245 | Операции на органе зрения, Часть 5 | 1,052 | 0,947 |
| 77 | 5251 | Операции на почке и мочевыделительной системе, Часть 1 | 1,179 | 1,061 |
| 78 | 5252 | Операции на почке и мочевыделительной системе, Часть 2 | 1,302 | 1,172 |
| 79 | 5253 | Операции на почке и мочевыделительной системе, Часть 3 | 1,573 | 1,416 |
| 80 | 5254 | Операции на почке и мочевыделительной системе, Часть 4 | 1,627 | 1,464 |
| 81 | 5255 | Операции на почке и мочевыделительной системе, Часть 5 | 2,757 | 2,481 |

3.3. Специальная клинико-статистическая группа – профиль медицинской помощи «онкология» (за исключением высокотехнологичной), оплачиваемой за счет средств обязательного медицинского страхования:

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | | Профиль койки |
|-------|---------|---|--|----------------------------------|----------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания | |
| 1 | 1001 | Злокачественные новообразования глаза, головного, спинного мозга и других отделов ЦНС | 1,15 | 0,518 | онкологический |
| 2 | 1002 | Злокачественные новообразования полости рта, гортаноглотки | 3,75 | 1,688 | онкологический |
| 3 | 1003 | Злокачественные новообразования органов пищеварения | 0,933 | 0,42 | онкологический |
| 4 | 1004 | Злокачественное новообразование кишечника | 0,883 | 0,397 | онкологический |
| 5 | 1005 | Злокачественное новообразование органов брюшной полости | 0,95 | 0,428 | онкологический |
| 6 | 1006 | Злокачественные новообразования органов грудной клетки, средостения | 1,1 | 0,495 | онкологический |
| 7 | 1007 | Злокачественные новообразования кожи | 2,917 | 1,313 | онкологический |
| 8 | 1008 | Злокачественное новообразование мезотелиальной и мягких тканей | 1,267 | 0,57 | онкологический |
| 9 | 1009 | Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей | 1,2 | 0,54 | онкологический |
| 10 | 1010 | Злокачественные новообразования наружных половых органов | 1,867 | 0,84 | онкологический |
| 11 | 1011 | Злокачественное новообразование матки и ее придатков | 2,5 | 1,125 | онкологический |
| 12 | 1012 | Злокачественные новообразования мочевых путей | 1,633 | 0,735 | онкологический |
| 13 | 1013 | Острый лейкоз | 1,75 | 0,788 | онкологический |
| 14 | 1014 | Другие злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной тканей | 0,75 | 0,338 | Онкологический |

3.4. Специальная клинико-статистическая группа – профиль «медицинская реабилитация» специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств обязательного медицинского страхования:

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | | Профиль койки |
|-------|---------|--|--|----------------------------------|---------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания | |
| 1 | 1100 | медицинская реабилитация | 1,000 | 0,450 | |

3.5. Специальные клинико-статистические группы (прочие заболевания) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств межбюджетных трансфертов областного бюджета, поступающих в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (средства областного бюджета):

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам | |
|-------|---------|--|--|----------------------------------|
| | | | в круглосуточном стационаре | в стационаре дневного пребывания |
| 1 | 1015 | Сифилис | 0,943 | 0,424 |
| 2 | 1016 | Другие болезни, передающиеся преимущественно половым путем | 0,539 | 0,243 |
| 3 | 1017 | Злокачественные новообразования | 0,200 | 0,09 |
| 4 | 1018 | Фтизиатрические заболевания (только профиль «фтизиатрический») | 4,900 | 2,205 |
| 5 | 1019 | Наркологические заболевания | 1,265 | 0,569 |

3.6. Специальные клинико-статистические группы специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств обязательного медицинского страхования (ВМП/ОМС), за счет средств межбюджетных трансфертов областного бюджета, поступающих в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (средства областного бюджета – ВМП/бюджет):

3.6.1. Терапевтические клинико-статистические группы:

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам (стационар) | |
|-------|---------|--|--|-------------|
| | | | ВМП/ОМС | ВМП/бюджет* |
| 1 | 8001 | Неонатология. Синдром дыхательных расстройств | 5,5168 | X |
| 2 | 8002 | Неонатология. Малая и крайне малая масса тела при рождении | 8,0650 | X |
| 3 | 8003 | Гематология. Апластические анемии | 2,0609 | X |
| 4 | 8004 | Онкология. Острый лейкоз. Лимфолейкоз. Миелолейкоз. | 3,6000 | X |

3.6.2. Хирургические клинико-статистические группы:

| № п/п | Код КСГ | Наименование клинико-статистической группы | коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистическим группам (стационар) | |
|-------|---------|---|--|--------------|
| | | | ВМП/ОМС | *ВМП/бюджет* |
| 1 | 7003 | Операции в травматологии и ортопедии | 5,6327 | X |
| 2 | 7004 | Операции в травматологии и ортопедии/1 | 3,6210 | X |
| 3 | 7005 | Операции в травматологии и ортопедии/2 | 2,2780 | X |
| 4 | 7006 | Сердечно-сосудистая хирургия. Стентирование | 2,2810 | X |
| 5 | 7007 | Кардиохирургия. Установка кардиостимулятора | 3,2187 | X |
| 6 | 7009 | Нейрохирургия | 2,8347 | X |

*значения будут утверждены после принятия соответствующего постановления Правительства Кировской области

Приложение 3
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

Тарифы стоимости одного амбулаторно-поликлинического посещения

(руб.)

| №п/п | Специальности | Тарифы для МО без районного коэффициента | | Тарифы для МО с районным коэффициентом | | | |
|------|----------------------------|--|--------|--|--------|-----------|--------|
| | | 2 уровень | | 3 уровень | | 2 уровень | |
| | | Взрослые | Дети | Взрослые | Дети | Взрослые | Дети |
| 1 | Кардиолог | 231,02 | 239,37 | 335,60 | 354,88 | 255,19 | 264,65 |
| 2 | Ревматолог | 231,02 | | 440,52 | 354,88 | 255,19 | |
| 3 | Педиатр | | 222,18 | | 281,75 | | 245,16 |
| 4 | Терапевт | 234,04 | 212,49 | 322,47 | | 258,61 | 234,17 |
| 5 | Эндокринолог | 228,04 | 212,49 | 283,37 | 282,76 | 251,80 | 234,17 |
| 6 | Аллерголог | | | 445,75 | 284,27 | 316,78 | 222,74 |
| 7 | Невролог | 218,84 | 242,77 | 308,60 | 327,69 | 241,36 | 268,47 |
| 8 | Инфекционист | 290,13 | | 381,45 | 386,71 | 322,22 | 310,49 |
| 9 | Хирург | 205,83 | 209,83 | 285,98 | 286,90 | 226,61 | 231,16 |
| 10 | Торакальный хирург | | | 285,98 | | | |
| 11 | Уролог | 176,72 | | 301,54 | 366,35 | 193,61 | 230,18 |
| 12 | Стоматолог * | 335,00 | 407,08 | 374,16 | 455,84 | 374,16 | 455,84 |
| 13 | Акушер-гинеколог | 247,82 | 235,65 | 360,64 | 340,08 | 274,22 | 260,44 |
| 14 | Отоларинголог | 175,46 | 182,02 | 308,49 | 317,23 | 192,18 | 199,62 |
| 15 | Офтальмолог | 150,71 | 195,97 | 195,58 | 253,12 | 164,11 | 215,42 |
| 16 | Дерматолог | 167,98 | 226,96 | 226,11 | 280,98 | 183,70 | 250,58 |
| 17 | Психиатр | 250,84 | 374,31 | 277,26 | | 277,66 | 417,69 |
| 18 | Психотерапевт | 250,84 | | 277,26 | | 277,66 | |
| 19 | Нарколог | 203,95 | 203,95 | 247,36 | | 224,48 | 224,48 |
| 20 | Фтизиатр | 219,04 | 218,50 | | | 241,60 | 240,99 |
| 21 | Венеролог | 159,83 | | 213,92 | | 174,45 | |
| 22 | Гастроэнтеролог | 234,04 | | 371,07 | 494,92 | 258,61 | 263,13 |
| 23 | Пульмонолог | | | 271,69 | 272,85 | 226,61 | 233,83 |
| 24 | Травматолог-ортопед | 205,83 | 154,16 | 340,02 | 331,74 | 226,61 | 168,02 |
| 25 | Онколог | 205,83 | | 391,77 | 391,77 | 226,61 | |
| 26 | Фельдшер ФАП | 187,38 | | | | 205,69 | |
| 27 | Акушерка ФАП | 187,38 | | | | 205,69 | |
| 28 | Фельдшер | 187,38 | | | | 205,69 | |
| 29 | Акушерка | 187,38 | | | | 205,69 | |
| 30 | Нефролог | | | 271,69 | 317,25 | 226,61 | 233,83 |
| 31 | Нейрохирург | | | 380,01 | 265,64 | | |
| 32 | Челюстно-лицевой хирург | | | 363,54 | | | |
| 33 | Сердечно-сосудистый хирург | | | 318,87 | | 226,30 | |
| 34 | Проктолог | 206,36 | | 285,98 | | 227,14 | |
| 35 | Врач общей практики | 252,64 | | | | 279,71 | |
| 36 | Врач приемного отделения | 224,54 | | 303,90 | | 247,84 | |
| 37 | Гематолог | | | 531,25 | 535,22 | | |
| 38 | Генетик | | | 322,47 | 322,47 | | |
| 39 | Профпатолог | 233,65 | | 322,47 | | 258,22 | |

*одно посещение к стоматологу включает 4 УЕТ

Приложение 4
Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Подушевые нормативы финансирования
первичной медико-санитарной помощи**

1. Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи – 1938,30 руб. на одного прикрепленного застрахованного по ОМС в год.
2. Базовый подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи – 1550,64 руб. на одного прикрепленного застрахованного по ОМС в год, что составляет 80% от подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи.

3. Стимулирующий норматив финансирования ПМСП по медицинским организациям за 4 квартал 2013 года

| № п/п | Наименование МО | Баллы по индикаторам | | | | | | | | Сумма стимулирующих выплат, руб. |
|-------|---|---|---|-------------------------|--|--|-------------------------------|--------------|-------------------|----------------------------------|
| | | Уровень госпитализации прикрепленного населения | Вызовы скорой медицинской помощи населением, прикрепленным к МО | Выявление онкопатологии | Ведение электронной амбулаторной карты | Ведение электронных регистров хронически больных | Отсутствие обоснованных жалоб | Итого баллов | Общий коэффициент | |
| 1 | КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница № 1» | 4 | 3 | 5 | 6 | 1 | 0 | 19 | 0,528 | 1 349 641,50 |
| 2 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 9» | 2 | 1 | 5 | 5 | 2 | 6 | 21 | 0,583 | 1 539 337,89 |
| 3 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 4» | 1 | 1 | 6 | 5 | 1 | 6 | 20 | 0,556 | 559 494,11 |
| 4 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5» | 3 | 0 | 2 | 7 | 3 | 0 | 15 | 0,417 | 860 796,81 |
| 5 | КОГБУЗ «Северная городская клиническая больница» | 4 | 4 | 5 | 6 | 2 | 0 | 21 | 0,583 | 1 427 512,12 |
| 6 | КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница № 6 «Лепсе» | 3 | 4 | 6 | 5 | 1 | 6 | 25 | 0,694 | 832 488,95 |
| 7 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» | 4 | 1 | 5 | 7 | 3 | 0 | 20 | 0,556 | 2 197 366,31 |
| 8 | КОГБУЗ «Областной гериатрический центр» | 1 | 3 | 0 | 7 | 0 | 6 | 17 | 0,472 | 476 693,38 |
| 9 | НУЗ «Отделенческая больница на станции Киров ОАО «Российские железные дороги» | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 6 | 14 | 0,389 | 163 132,04 |
| 10 | ФГУЗ «Медико-санитарная часть Управления внутренних дел по Кировской области» | 5 | 5 | 3 | 0 | 0 | 6 | 19 | 0,528 | 8 714,34 |
| 11 | КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» | 0 | 2 | 2 | 4 | 3 | 6 | 17 | 0,472 | 273 844,22 |
| 12 | КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница» | 0 | 5 | 4 | 2 | 1 | 6 | 18 | 0,500 | 690 932,38 |
| 13 | КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» | 2 | 2 | 3 | 7 | 7 | 6 | 27 | 0,750 | 1 357 259,29 |
| 14 | КОГБУЗ «Богородская центральная районная больница» | 0 | 0 | 6 | 3 | 1 | 6 | 16 | 0,444 | 209 660,27 |
| 15 | КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» | 2 | 0 | 6 | 2 | 3 | 6 | 19 | 0,528 | 1 236 537,43 |
| 16 | КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 25 | 0,694 | 538 397,01 |
| 17 | КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» | 0 | 4 | 3 | 6 | 5 | 6 | 24 | 0,667 | 732 367,59 |
| 18 | КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 0 | 10 | 0,278 | 536 239,47 |
| 19 | КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» | 4 | 4 | 1 | 4 | 5 | 6 | 24 | 0,667 | 512 003,05 |
| 20 | КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» | 5 | 4 | 1 | 7 | 6 | 6 | 29 | 0,806 | 867 230,56 |
| 21 | КОГБУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» | 3 | 3 | 0 | 5 | 4 | 6 | 21 | 0,583 | 3 516 170,67 |
| 22 | ФБУЗ «Медико-санитарная часть № 52» ФМБА России | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 15 | 0,417 | 1 382 593,32 |
| 23 | КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 6 | 15 | 0,417 | 642 955,99 |
| 24 | КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» | 2 | 2 | 2 | 6 | 5 | 6 | 23 | 0,639 | 534 270,76 |
| 25 | КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» | 3 | 0 | 4 | 5 | 5 | 6 | 23 | 0,639 | 1 138 337,12 |
| 26 | КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница» | 3 | 5 | 2 | 3 | 4 | 0 | 17 | 0,472 | 1 060 245,48 |
| 27 | КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» | 0 | 4 | 1 | 4 | 3 | 6 | 18 | 0,500 | 592 397,55 |
| 28 | КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 0 | 11 | 0,306 | 288 198,22 |

| № п/п | Наименование МО | Баллы по индикаторам | | | | | | | | Сумма стимулирующих выплат, руб. |
|-------|--|---|---|-------------------------|--|---|-------------------------------|--------------|-------------------|----------------------------------|
| | | Уровень госпитализации прикрепленного населения | Вызовы скорой медицинской помощи населением, прикрепленным к МО | Выявление онкопатологии | Ведение электронной амбулаторной карты | Ведение электронных регистров хронических больных | Отсутствие обоснованных жалоб | Итого баллов | Общий коэффициент | |
| 29 | КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 6 | 15 | 0,417 | 246 563,50 |
| 30 | КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» | 1 | 2 | 5 | 6 | 6 | 6 | 26 | 0,722 | 1 211 733,60 |
| 31 | КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 | 6 | 18 | 0,500 | 2 121 247,54 |
| 32 | КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 | 6 | 13 | 0,361 | 390 199,93 |
| 33 | КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» | 1 | 3 | 4 | 7 | 6 | 0 | 21 | 0,583 | 1 363 911,49 |
| 34 | КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница» | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 6 | 10 | 0,278 | 346 069,87 |
| 35 | КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 | 6 | 18 | 0,500 | 447 469,57 |
| 36 | КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница имени Н.В.Отрокова» | 2 | 0 | 5 | 1 | 0 | 6 | 14 | 0,389 | 678 701,05 |
| 37 | КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница имени А.И. Прохорова» | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 | 6 | 26 | 0,722 | 598 641,83 |
| 38 | КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» | 0 | 1 | 4 | 6 | 2 | 6 | 19 | 0,528 | 367 612,48 |
| 39 | КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» | 2 | 4 | 3 | 6 | 4 | 6 | 25 | 0,694 | 1 604 126,39 |
| 40 | КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 6 | 12 | 0,333 | 205 314,66 |
| 41 | КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» | 1 | 0 | 1 | 6 | 5 | 6 | 19 | 0,528 | 327 296,38 |
| 42 | КОГБУЗ Унинская центральная районная больница» | 4 | 2 | 3 | 7 | 6 | 6 | 28 | 0,778 | 699 119,27 |
| 43 | КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» | 5 | 1 | 2 | 5 | 5 | 6 | 24 | 0,667 | 1 492 224,17 |
| 44 | КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница» | 2 | 5 | 4 | 5 | 2 | 6 | 24 | 0,667 | 644 160,43 |
| 45 | КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» | 2 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 7 | 0,194 | 169 996,73 |
| 46 | КОГБУЗ «Юрьянская центральная районная больница» | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 6 | 16 | 0,444 | 823 899,95 |
| 47 | КОГБУЗ «Городская больница ЗАТО Первомайский» | 5 | 5 | 0 | 2 | 0 | 6 | 18 | 0,500 | 208 314,06 |
| 48 | КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» | 5 | 5 | 1 | 4 | 1 | 6 | 22 | 0,611 | 1 370 213,64 |
| 49 | ФБУ «Больница УФСИН России по Кировской области» | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 6 | 12 | 0,333 | 20 125,67 |
| 50 | КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница» | 4 | 1 | 6 | 5 | 5 | 0 | 21 | 0,583 | 2 888 701,52 |
| 51 | ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» | 5 | 5 | 0 | 1 | 0 | 6 | 17 | 0,472 | 32 351,75 |
| 52 | КОГБУЗ «Кировская клиническая больница № 7» | 3 | 2 | 4 | 7 | 6 | 0 | 22 | 0,611 | 3 628 899,32 |
| 53 | КОГБУЗ «Котельническая центральная районная больница» | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 6 | 19 | 0,528 | 1 661 396,79 |
| 54 | КОГБУЗ «Кировская клиническая больница № 8» | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 0 | 18 | 0,500 | 5 152 986,43 |
| 55 | КОГБУЗ «Кировский детский городской клинический лечебно-диагностический центр» | 5 | 1 | 0 | 4 | 4 | 6 | 20 | 0,667 | 5 569 795,48 |
| 56 | КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница им. академика А.Н.Бакулева»* | 5 | 0 | 6 | 6 | 6 | 6 | 29 | 0,806 | X |

3.1. Средства стимулирующего норматива финансирования ПМСП направляются на оплату труда с начислениями:

3.1.1. медицинскому персоналу, участвующему в организации первичной медико-санитарной помощи, и оказывающему ПМСП в соответствии с Перечнем специалистов, установленным п.4.1 Приложения 1 к Тарифному соглашению, включая персонал лечебно-диагностических отделений, участвующих в оказании ПМСП (рентгенологическое, физиотерапевтическое отделения, отделение функциональной диагностики, кабинет УЗИ, клиничко-диагностическая лаборатория и др.);

3.1.2. персоналу, ответственному за внедрение и ведение электронных амбулаторных карт.

Приложение 5
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

Половозрастные группы населения, половозрастные и поправочные коэффициенты, применяемые при расчете норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи, сводная таблица поправочных коэффициентов, применяемых при расчете нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи по медицинским организациям Кировской области

1. Половозрастные группы населения и половозрастные коэффициенты:

| Наименование группы | коэффициент |
|---------------------------|-------------|
| Дети от 0 до 12 месяцев | 2,592 |
| Дети от 1 до 4 лет | 1,552 |
| Дети от 5 до 14 лет | 1,400 |
| Подростки от 15 до 19 лет | 1,139 |
| Мужчины от 20 до 49 лет | 0,594 |
| Женщины от 20 до 49 лет | 0,804 |
| Мужчины от 50 до 59 лет | 0,700 |
| Женщины от 50 до 59 лет | 0,850 |
| Взрослые от 60 до 69 лет | 0,930 |
| Взрослые 70 лет и старше | 1,200 |

2. Поправочные коэффициенты:

2.1. Районный коэффициент

2.1.1. для медицинских организаций, расположенных в зоне с установленным районным коэффициентом – 1,0361

2.1.2. для медицинских организаций, расположенных в зоне без установленного районного коэффициента – 0,9153

2.2. Коэффициент, учитывающий радиус обслуживания МО:

2.2.1. городская черта – 0,95

2.2.2. до 30 км – 1

2.2.3. от 30 до 50 км – 1,05

2.2.4. более 50 км – 1,1

2.3. Коэффициент, учитывающий в структуре МО количество фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, отделений врачей общей практики на 1000 прикрепленного застрахованного населения:

2.3.1. от 0,3 до 1 – 1,05

2.3.2. от 1 до 1,5 – 1,1

2.3.3. свыше 1,5 – 1,15

2.4. Коэффициент учета движения населения:

| № | Наименование МО | коэффициент |
|----|--|-------------|
| 1 | Медицинские организации, расположенные в муниципальном образовании «Город Киров» за исключением КОГБУЗ «Кировский детский городской клинический лечебно-диагностический центр» | 1,000 |
| 2 | Медицинские организации, расположенные в муниципальном образовании «Город Кирово-Чепецк» | |
| 3 | КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» | |
| 4 | КОГБУЗ «Городская больница ЗАТО Первомайский» | |
| 5 | КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» | |
| 6 | ФКУ «Больница УФСИН России по Кировской области» | |
| 7 | КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» | |
| 8 | КОГБУЗ "Подосиновская центральная районная больница имени Н.В. Отрокова" | |
| 9 | КОГБУЗ «Кировский детский городской клинический лечебно-диагностический центр» | |
| 10 | КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» | 0,967 |
| 11 | КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница» | 0,959 |
| 12 | КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» | 0,958 |
| 13 | КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» | 0,950 |
| 14 | КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» | |
| 15 | КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница» | 0,948 |
| 16 | КОГБУЗ «Юрьянская центральная районная больница» | 0,943 |
| 17 | КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница» | 0,942 |
| 18 | КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» | 0,933 |
| 19 | КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» | 0,932 |
| 20 | КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» | 0,931 |
| 21 | КОГБУЗ "Санчурская центральная районная больница имени заслуженного врача РСФСР А.И. Прохорова" | 0,925 |
| 22 | КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница» | 0,924 |
| 23 | КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» | 0,912 |
| 24 | КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» | 0,909 |
| 25 | КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» | 0,908 |
| 26 | КОГБУЗ «Богородская центральная районная больница» | 0,900 |
| 27 | КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» | 0,896 |
| 28 | КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» | 0,890 |
| 29 | КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» | 0,889 |
| 30 | КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» | 0,882 |
| 31 | КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» | |
| 32 | КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» | 0,874 |
| 33 | КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» | 0,868 |

| | | |
|----|--|-------|
| 34 | КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» | |
| 35 | КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница» | 0,857 |
| 36 | КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» | 0,855 |
| 37 | КОГБУЗ «Жикнурская центральная районная больница» | 0,851 |
| 38 | КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» | 0,843 |
| 39 | КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» | 0,842 |
| 40 | КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» | 0,839 |
| 41 | КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» | 0,828 |
| 42 | КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница» | 0,808 |

2.5. Сводная таблица поправочных коэффициентов, применяемых при расчете нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи по медицинским организациям Кировской области

| № п/п | Наименование МО | Поправочные коэффициенты, применяемые при расчете норматива финансирования ПМСП | | | |
|-------|--|---|---|---|--------------------------------------|
| | | Район-ный коэффициент | Коэффициент, учитывающий радиус обслуживания МО | Коэффициент, учитывающий в структуре МО количество ФАПов на 1000 прикрепленного населения | Коэффициент учета движения населения |
| 1 | КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница № 1» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 2 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 9» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 3 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 4» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 4 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 5» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 5 | КОГБУЗ «Кировский детский городской клинический лечебно-диагностический центр» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 0,90 |
| 6 | КОГБУЗ «Северная городская клиническая больница» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 7 | КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница № 6 «Лепсе» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 8 | КОГБУЗ «Кировская клиническая больница № 7» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 9 | КОГБУЗ «Кировская клиническая больница № 8» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 10 | КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 11 | КОГБУЗ «Областной гериатрический центр» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 12 | НУЗ «Отделенческая больница на станции Киров ОАО «Российские железные дороги» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 13 | ФКУЗ «Медико-санитарная часть Управления внутренних дел по Кировской области» | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 14 | КОГБУЗ «Арбажская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,15 | 0,882 |
| 15 | КОГБУЗ «Афанасьевская центральная районная больница» | 1,0361 | 1,05 | 1,15 | 0,857 |

| № п/п | Наименование МО | Поправочные коэффициенты, применяемые при расчете норматива финансирования ПМСП | | | |
|-------|---|---|---|---|--------------------------------------|
| | | Район-ный коэффициент | Коэффициент, учитывающий радиус обслуживания МО | Коэффициент, учитывающий в структуре МО количество ФАПов на 1000 прикрепленного населения | Коэффициент учета движения населения |
| 16 | КОГБУЗ «Белохолуницкая центральная районная больница» | 1,0361 | 1,05 | 1,05 | 0,868 |
| 17 | КОГБУЗ «Богородская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,15 | 0,90 |
| 18 | КОГБУЗ «Верхнекамская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,05 | 1,00 |
| 19 | ФКУ «Больница УФСИН России по Кировской области» | 1,0361 | 1,1 | 1 | 1,00 |
| 20 | КОГБУЗ «Верхошижемская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,1 | 0,909 |
| 21 | КОГБУЗ «Вятскополянская центральная районная больница» | 0,9153 | 0,97 | 1,05 | 0,959 |
| 22 | КОГБУЗ «Даровская центральная районная больница» | 1,0361 | 1,05 | 1,1 | 0,874 |
| 23 | КОГБУЗ «Зуевская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,05 | 0,855 |
| 24 | КОГБУЗ «Кикнурская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,15 | 0,851 |
| 25 | КОГБУЗ «Кильмезская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,15 | 0,839 |
| 26 | КОГАУЗ «Кирово-Чепецкая центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,05 | 1,00 |
| 27 | ФБУЗ «Медико-санитарная часть № 52» ФМБА России | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 28 | КОГБУЗ «Котельничская центральная районная больница» | 0,9153 | 0,99 | 1,05 | 0,948 |
| 29 | КОГБУЗ «Куменская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,1 | 0,912 |
| 30 | КОГБУЗ «Лебяжская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,15 | 1,00 |
| 31 | КОГБУЗ «Лузская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,1 | 0,889 |
| 32 | КОГБУЗ «Малмыжская центральная районная больница» | 0,9153 | 1,05 | 1,1 | 0,924 |
| 33 | КОГБУЗ «Мурашинская центральная районная больница» | 1,0361 | 1,05 | 1,05 | 0,896 |
| 34 | КОГБУЗ «Нагорская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,15 | 0,843 |
| 35 | КОГБУЗ «Немская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,1 | 0,842 |
| 36 | КОГБУЗ «Нолинская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,05 | 0,958 |
| 37 | КОГБУЗ «Омутнинская центральная районная больница» | 1,0361 | 1,05 | 1,05 | 0,967 |
| 38 | КОГБУЗ «Опаринская центральная районная больница» | 1,0361 | 1,1 | 1,1 | 0,933 |
| 39 | КОГБУЗ «Оричевская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,05 | 1,00 |
| 40 | КОГБУЗ «Орловская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,05 | 0,942 |
| 41 | КОГБУЗ «Пижанская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,15 | 0,882 |
| 42 | КОГБУЗ «Подосиновская центральная районная больница имени Н.В.Отрокова» | 1,0361 | 1 | 1,05 | 1,00 |
| 43 | КОГБУЗ «Санчурская центральная районная больница имени А.И. Прохорова» | 0,9153 | 1 | 1,15 | 0,925 |
| 44 | КОГБУЗ «Свечинская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,1 | 0,932 |
| 45 | КОГБУЗ «Советская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,1 | 0,931 |
| 46 | КОГБУЗ «Сунская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,15 | 0,95 |
| 47 | КОГБУЗ «Тужинская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,1 | 0,828 |
| 48 | КОГБУЗ «Унинская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,15 | 0,95 |
| 49 | КОГБУЗ «Уржумская центральная районная больница» | 0,9153 | 1,05 | 1,1 | 0,868 |
| 50 | КОГБУЗ «Фаленская центральная районная больница» | 1,0361 | 1,05 | 1,1 | 0,808 |
| 51 | КОГБУЗ «Шабалинская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,1 | 0,89 |
| 52 | КОГБУЗ «Юрьянская центральная районная больница» | 1,0361 | 1 | 1,05 | 0,943 |
| 53 | КОГБУЗ «Яранская центральная районная больница» | 0,9153 | 1 | 1,05 | 0,908 |

| № п/п | Наименование МО | Поправочные коэффициенты, применяемые при расчете норматива финансирования ПМСП | | | |
|----------|---|---|---|---|--------------------------------------|
| | | Район-ный коэффициент | Коэффициент, учитывающий радиус обслуживания МО | Коэффициент, учитывающий в структуре МО количество ФАПов на 1000 прикрепленного населения | Коэффициент учета движения населения |
| 54 | ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Миннздравсоцразвития РФ | 1,0361 | 0,95 | 1 | 1,00 |
| 55 | КОГБУЗ «Городская больница ЗАТО Первомайский | 1,0361 | 1 | 1 | 1,00 |

Приложение 6
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Подушевой норматив финансирования по способу оплаты
медицинской помощи «поликлиника – условный
фондодержатель» при оплате за 4 квартал 2013 года**

КОГБУЗ «Слободская центральная районная больница имени академика
А.Н.Бакулева» – 4177,37 руб. в год.

Приложение 7
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Тарифы одного вызова, посещения
по поводу оказания скорой медицинской помощи**

1. Тариф на один вызов врачебной (общепрофильной), фельдшерской бригады при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным на территории Кировской области и лицам, без предъявления полиса обязательного медицинского страхования – 114,15 руб.

2. Тариф на один вызов врачебной (общепрофильной), фельдшерской бригады при оказании скорой медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.1. для медицинских организаций, расположенных в зоне с установленным районным коэффициентом – 1590,99 руб.

2.2. для медицинских организаций, расположенных в зоне без установленного районного коэффициента – 1456,82 руб.

3. Тариф на одно посещение фельдшера (врача) скорой медицинской помощи:

3.1. для МО без районного коэффициента – 129,50 руб.

3.2. для МО с районным коэффициентом – 147,44 руб.

Приложение 8
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Подушевые нормативы финансирования
скорой медицинской помощи, специализированной
(санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи**

1. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на одного застрахованного по ОМС в год – 386,76 руб.

2. Поправочные коэффициенты, применяемые при расчете подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи:

2.1. Районный коэффициент

2.1.1. для медицинских организаций, расположенных в зоне с установленным районным коэффициентом – 1,0361;

2.1.2. для медицинских организаций, расположенных в зоне без установленного районного коэффициента – 0,9153.

2.2. Коэффициент, учитывающий количество обслуживаемого застрахованного населения отделением (станцией) скорой медицинской помощи (СМП), относительно застрахованного населения муниципального образования – от 0,4 до 1,02.

2.3. Коэффициент, учитывающий наличие в МО врачебных (общепрофильных), врачебных специализированных, фельдшерских бригад:

2.3.1. для медицинских организаций, имеющих специализированные врачебные бригады (реанимационные, хирургические, психиатрические, неврологические, педиатрические и др.) – 1,2640;

2.3.2. для медицинских организаций, имеющих более 80% фельдшерских бригад – 0,933;

2.3.3. остальные – 1.

2.4. Коэффициент, учитывающий нагрузку на бригаду (смену) отделения (станции) СМП – от 0,9 до 1,5.

2.5. Сводная таблица поправочных коэффициентов, применяемых при расчете нормативов финансирования скорой медицинской помощи по медицинским организациям Кировской области:

| № п/п | Муниципальное образование | Наименование МО | Районный коэффициент | Коэффициент обслуживания | Коэффициент профиля бригады | Коэффициент нагрузки бригады (смены) СМП |
|-------|---------------------------|---|----------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| 1 | г. Киров | КОГБУЗ "Станция скорой медицинской помощи г. Кирова" | 1,0361 | 1,02 | 1,2640 | 1,1 |
| 2 | Арбажский район | КОГБУЗ "Арбажская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 3 | Афанасьевский район | КОГБУЗ "Афанасьевская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,60 | 0,9330 | 1,00 |
| 4 | Белохолуницкий район | КОГБУЗ "Белохолуницкая центральная районная больница" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 5 | Богородский район | КОГБУЗ "Богородская центральная районная больница" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 6 | Верхнекамский район | КОГБУЗ "Верхнекамская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,90 | 0,9330 | 1,00 |
| 7 | Верхнекамский район | ФБУ "Больница УФСИН России по Кировской области" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 8 | Верхошижемский район | КОГБУЗ "Верхошижемская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 9 | Даровской район | КОГБУЗ "Даровская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,90 | 0,9330 | 0,90 |
| 10 | Зуевский район | КОГБУЗ "Зуевская центральная районная больница" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 11 | Кикнурский район | КОГБУЗ "Кикнурская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 12 | Кильмезский район | КОГБУЗ "Кильмезская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,90 | 0,9330 | 0,90 |
| 13 | Кирово-Чепецкий район | КОГБУЗ "Кирово-Чепецкая центральная районная больница" | 1,0361 | 0,40 | 0,9330 | 1,00 |
| 14 | г. Кирово-Чепецк | ФБУЗ "Медико-санитарная часть №52" Федерального медико-биологического агентства | 1,0361 | 1,00 | 1,0000 | 1,00 |
| 15 | Куменский район | КОГБУЗ "Куменская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,60 | 0,9330 | 1,40 |
| 16 | Лебяжский район | КОГБУЗ "Лебяжская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,60 | 0,9330 | 1,40 |
| 17 | Лузский район | КОГБУЗ "Лузская центральная | 1,0361 | 0,90 | 0,9330 | 1,40 |

| № п/п | Муниципальное образование | Наименование МО | Районный коэффициент | Коэффициент обслуживания | Коэффициент профиля бригады | Коэффициент нагрузки бригады (смены) СМП |
|-------|---------------------------|---|----------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| | | районная больница" | | | | |
| 18 | Малмыжский район | КОГБУЗ "Малмыжская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,90 | 0,9330 | 0,90 |
| 19 | Мурашинский район | КОГБУЗ "Мурашинская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,90 | 0,9330 | 1,00 |
| 20 | Нагорский район | КОГБУЗ "Нагорская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,60 | 0,9330 | 1,50 |
| 21 | Немский район | КОГБУЗ "Немская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,90 | 0,9330 | 1,00 |
| 22 | Нолинский район | КОГБУЗ "Нолинская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,90 | 0,9330 | 1,00 |
| 23 | Омутнинский район | КОГБУЗ "Омутнинская центральная районная больница" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 24 | Опаринский район | КОГБУЗ "Опаринская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,60 | 0,9330 | 1,00 |
| 25 | Оричевский район | КОГБУЗ "Оричевская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 26 | Орловский район | КОГБУЗ "Орловская центральная районная больница" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 27 | Пижанский район | КОГБУЗ "Пижанская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,90 | 0,9330 | 1,00 |
| 28 | Подосиновский район | КОГБУЗ "Подосиновская центральная районная больница имени Н.В. Отрокова" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,50 |
| 29 | Санчурский район | КОГБУЗ "Санчурская центральная районная больница им. заслуженного врача А.И. Прохорова" | 0,9153 | 0,90 | 0,9330 | 1,00 |
| 30 | Свечинский район | КОГБУЗ "Свечинская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 31 | Советский район | КОГБУЗ "Советская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,90 | 0,9330 | 0,90 |
| 32 | Сунский район | КОГБУЗ "Сунская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 33 | Тужинский район | КОГБУЗ "Тужинская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 34 | Унинский район | КОГБУЗ "Унинская центральная районная больница" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 35 | Уржумский район | КОГБУЗ "Уржумская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,60 | 0,9330 | 1,00 |
| 36 | Фаленский район | КОГБУЗ "Фаленская центральная районная больница" | 1,0361 | 0,90 | 0,9330 | 0,90 |
| 37 | Шабалинский район | КОГБУЗ "Шабалинская центральная районная больница" | 0,9153 | 0,60 | 0,9330 | 1,00 |
| 38 | Юрьянский район | КОГБУЗ "Юрьянская центральная районная больница" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 39 | Яранский район | КОГБУЗ "Яранская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 0,90 |
| 40 | Вятскополянский район | КОГБУЗ "Вятскополянская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 1,0000 | 1,00 |
| 41 | Слободской район | КОГБУЗ "Слободская центральная районная больница им. академика А.Н.Бакулева" | 1,0361 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |
| 42 | Котельничский район | КОГБУЗ "Котельничская центральная районная больница" | 0,9153 | 1,00 | 0,9330 | 1,00 |

3. Подушевой норматив финансирования специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи – 0,74 руб. в год на одного застрахованного по ОМС.

Приложение 9
к Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

Тарифы законченного случая лечения на основе региональных медико-экономических моделей

1. Тарифы законченного случая лечения на основе региональных медико-экономических моделей в поликлинике:

1.1. Региональные медико-экономические модели обследования в центре здоровья для детей, взрослых:

| Код модели | Наименование модели | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|---------------|---|-----------------------------------|-------------|---------|
| | | | без РК | с РК |
| S31.003.MD.01 | Комплексное обследование в центре здоровья для детей | Z00.1, Z00.2, Z00.3, Z10.8 | 633,38 | 711,34 |
| S31.003.MD.02 | Обследование при динамическом наблюдении в центре здоровья для детей | Z13.0-Z13.8 | 1018,72 | 1148,76 |
| S47.005.MD.01 | Комплексное обследование в центре здоровья для взрослых | Z00.0, Z00.1, Z00.2, Z00.3, Z10.8 | 813,23 | 917,24 |
| S47.005.MD.02 | Обследование при динамическом наблюдении в центре здоровья для взрослых | Z13.0-Z13.8 | 772,92 | 868,67 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 13.06.2012 № 782.

1.2. Региональная медико-экономическая модель диспансерного наблюдения беременных в 20-22 недели со скрининговым ультразвуковым исследованием:

| Код модели | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|------------|--|-----------------------|-------------|--------|
| | | | без РК | с РК |
| S001.003 | Диспансерное наблюдение беременной в 20-22 недели со скрининговым ультразвуковым исследованием | Z34, Z35, Z36.3-Z36.9 | 508,28 | 570,19 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 17.08.2012 № 1131.

1.3. Региональная медико-экономическая модель проведения углубленной диспансеризации подростков, проживающих на территории Кировской области:

| Код модели | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|---|---|-------------|---------|
| | | | без РК | с РК |
| S031.005.MD.01 | Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних в возрасте 14 лет | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;S;T;Z | 1595,25 | 1764,39 |
| S031.005.MD.02 | Региональная медико-экономическая модель медицинской помощи при прохождении несовершеннолетними предварительного медицинского осмотра при поступлении в | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;S;T;Z | 1653,22 | 1825,20 |

| Код модели | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|---|---|-------------|---------|
| | | | без РК | с РК |
| | общеобразовательные образовательные учреждения | | | |
| S031.005.MD.03 | Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения профессионального образования, в специальные (коррекционные) учреждения, в образовательные учреждения детей-сирот. | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;S;T;Z | 1840,57 | 2032,13 |
| S031.005.MD.04 | Профилактический медицинский осмотр детей 7 лет | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;S;T;Z | 1587,45 | 1750,92 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 12.04.2013 № 340 .

1.4. Региональная медико-экономическая модель специализированной медицинской помощи больным, находящимся на хроническом перитонеальном диализе, гемодиализе (взрослые, дети):

| Код модели | Наименование | КодМКБ10 | Тариф с РК, руб. |
|----------------|---|---|------------------|
| S025.001.MD.01 | Лабораторно-диагностическое обследование пациента, находящегося на хроническом гемодиализе, перитонеальном диализе, проводимое из расчета на один календарный месяц | N18.0;N18.8;N18.9 | 997,43 |
| S025.001.ML.02 | Лечение из расчета на 1 процедуру гемодиализа | N18.0;N18.8;N18.9 | 3634,73 |
| S025.001.ML.03 | Лечение из расчета на 1 процедуру гемодиализа (с коррекцией анемии) | N18.0;N18.8;N18.9;N17.1;N17.2;N17.8;N17.9;N17.0;N20 | 4384,73 |
| S025.001.ML.05 | Медикаментозное лечение пациента, находящегося на хроническом перитонеальном диализе из расчета на 1 процедуру (4,5 обмена в сутки) | N18.0;N18.8;N18.9 | 1788,99 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 14.08.2012 № 1114.

1.5. Региональная медико-экономическая модель оказания медицинской помощи пациентам, получающим генно-инженерную биологическую терапию (взрослые):

| Код модели | Наименование модели | Наименование профиля | КодМКБ10 | Тариф с РК, руб. |
|----------------|---|----------------------|---|------------------|
| S040.001.MD.01 | Диагностика больного гематологического профиля перед введением генно-инженерного препарата | гематолог | C91.1; C82; C83; C84; C85; C88 | 627,07 |
| S040.001.ML.02 | Процедура введения генно-инженерного препарата | гематолог | C91.1; C82; C83; C84; C85; C88 | 1179,65 |
| S040.001.MD.03 | Диагностика больного ревматологического профиля перед введением генно-инженерного препарата | ревматолог | M05; M06.0; M06.1; M06.2; M06.3; M06.4; M06.8; L40.5; M45.0; M45.1; M45.2; M45.3; M45.4; M45.5; M45.6; M45.7; M45.8 | 672,13 |
| S040.001.ML.04 | Процедура введения генно-инженерного препарата | ревматолог | M05; M06.0; M06.1; M06.2; M06.3; M06.4; M06.8; L40.5; M45.0; M45.1; M45.2; M45.3; M45.4; M45.5; M45.6; M45.7; M45.8 | 1261,19 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 14.08.2012 № 1114.

1.6. Региональная медико-экономическая модель специализированной медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, подлежащим селективной коронарографии (взрослые):

| Код модели | Наименование модели | Наименование профиля | КодМКБ10 | Тариф с РК, руб. |
|----------------|---|----------------------|---|------------------|
| S015.005.MD.01 | Диагностика хронической ишемической болезни сердца, хронических ревматических и неревматических болезней аортального и митрального клапанов, кардиомиопатии, нарушений сердечного ритма в условиях спец. кардиологич. отд. с проведением коронарографии | Кардиолог | I05.0;I05.1;I05.2;I05.8;I06.0;I06.1;I06.2;I06.8;I08.0;I20.1;I20.8;I25.3;I25.5;I25.8;I34.0;I34.2;I35.0;I35.1;I35.2;I42.0;I42.1;I42.2;I42.5;I44.1;I44.2;I44.4;I44.5;I44.7;I45.2;I47.0;I47.1;I47.2;I48;I49.0;I49.5;I49.8 | 10049,92 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 07.11.2012 № 1598.

1.7. Региональная медико-экономическая модель оказания экстренной и неотложной лечебно-диагностической медицинской помощи в амбулаторных условиях:

| Код модели | Наименование модели | Наименование профиля | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|--|---|--|-------------|--------|
| | | | | без РК | с РК |
| S057.001.MD.01 | Региональная медико-экономическая модель оказания экстренной и неотложной лечебно-диагностической медицинской помощи в амбулаторных условиях | Хирург, кардиолог, невролог, терапевт, акушер-гинеколог, уролог | K29.1;K29.2;K25.7;K25.3;N23;R10.4;N83.;N70.;K58.0;N12;K74.6;N30.0;K80.5;K86.1;K58.9;R10;C18;C22;R10.0;R10.1;R10.2;R10.3;K26.3;K26.7;R33. | 913,71 | 996,69 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 12.12.2012 № 1892.

1.8. Региональная медико-экономическая модель первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи женщинам при прерывании беременности раннего срока методом медикаментозного аборта (взрослые, дети):

| Код модели | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|---|----------|-------------|---------|
| | | | без РК | с РК |
| S001.005.ML.01 | Прерывание беременности раннего срока методом медикаментозного аборта (2 посещения) | O04 | 3533,39 | 3693,99 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 17.08.2012 № 1131.

1.9. Региональная медико-экономическая модель проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше) в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов:

| Код модели | Наименование модели | Наименование профиля | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|--|---|-------------------------|-------------|--------|
| | | | | без РК | с РК |
| S047.006.MD.01 | Региональная медико-экономическая модель | Врач общей практики (поликлиника); Терапевт | A;B;C;D;I;F;G;H;I;J;K;L | 320,96 | 353,05 |

| | | | | | |
|----------------|--|--|---|--------|--------|
| | проведения профилактического медицинского осмотра женщин в возрасте 18 лет и старше | (общий, участковый) (поликлиника); Фельдшер ФАП (поликлиника) | ;M;N;O;P;Q; R;S;T;Z00.0 | | |
| S047.006.MD.02 | Региональная медико-экономическая модель проведения профилактического медицинского осмотра мужчин в возрасте 18 лет и старше | Акушерка ФАП (поликлиника); Врач общей практики (поликлиника); Терапевт (общий, участковый) (поликлиника); Фельдшер ФАП (поликлиника) | A;B;C;D;I;F; ;G;H;I;J;K;L; ;M;N;O;P;Q; R;S;T;Z00.0 | 438,87 | 485,00 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 19.04.2013 № 384.

1.10. Региональная медико-экономическая модель проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения:

| Код модели | Наименование модели | Наименование профиля | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|--|--|---|-------------|---------|
| | | | | без РК | с РК |
| S047.007.MD.00 | Первый этап диспансеризации (скрининг) мужчин и женщин в возрасте с 18 до 39 лет | Врач общей практики (поликлиника); Терапевт (общий, участковый) (поликлиника); Фельдшер ФАП (поликлиника) | A;B;C;D;I;F; G;H;I;J;K;L; M;N;O;P;Q; R;S;T;Z00.0 | 574,48 | 633,34 |
| S047.007.MD.03 | Первый этап диспансеризации (скрининг) мужчин в возрасте с 39 лет | Акушерка ФАП (поликлиника); Врач общей практики (поликлиника); Терапевт (общий, участковый) (поликлиника); Фельдшер ФАП (поликлиника) | A;B;C;D;I;F; G;H;I;J;K;L; M;N;O;P;Q; R;S;T;Z00.0 | 1192,54 | 1320,31 |
| S047.007.MD.04 | Первый этап диспансеризации (скрининг) женщин с 39 лет | Акушерка ФАП (поликлиника); Врач общей практики (поликлиника); Терапевт (общий, участковый) (поликлиника); Фельдшер ФАП (поликлиника) | A;B;C;D;I;F; G;H;I;J;K;L; M;N;O;P;Q; R;S;T;Z00.0 | 972,67 | 1075,93 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 23.05.2013 № 521

1.11. Региональная медико-экономическая модель медицинской помощи больным, нуждающимся в экстракорпоральном оплодотворении, культивировании и внутриматочном введении эмбриона при бесплодии трубного происхождения:

| Код модели | Наименование модели | Наименование профиля | КодМКБ10 | Тариф с РК, руб. |
|----------------|--|--------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| S001.006.MD.01 | Региональная медико-экономическая модель оказания медицинской помощи при бесплодии трубного генеза с использованием вспомогательных репродуктивных технологий | Акушер-гинеколог (поликлиника) | N97.1;Z31.1 | 106952,30 |
| S001.006.MD.02 | Региональная медико-экономическая модель оказания медицинской помощи при бесплодии (за исключением изолированного трубного фактора) с использованием вспомогательных | Акушер-гинеколог (поликлиника) | N97.0;N97.2; N97.4;N97.8; Z31.1 | 111230,00 |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|
| | репродуктивных технологий (ВМП/ОМС) | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 09.04.2013 № 323.

1.12. Региональная медико-экономическая модель диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в возрасте от 5 до 17 лет включительно:

| Код модели | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|--|--|-------------|---------|
| | | | без ПК | с ПК |
| S031.004.MD.01 | Диспансеризация детей-сирот от 0 до 4 лет включительно | A;B;C;D;E;F;G;H;I; ;J;K;L;M;N;O;P;Q; S;T;Z | 1700,21 | 1887,42 |
| S031.004.MD.02 | Диспансеризация детей-сирот от 5 до 17 лет включительно | A;B;C;D;E;F;G;H;I; ;J;K;L;M;N;O;P;Q; S;T;Z | 1844,70 | 2053,10 |
| S031.004.MD.03 | Диспансеризация усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в возрасте от 0 до 4 лет включительно | A;B;C;D;E;F;G;H;I; ;J;K;L;M;N;O;P;Q; S;T;Z | 1700,21 | 1887,42 |
| S031.004.MD.04 | Диспансеризация усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в возрасте от 5 до 17 лет включительно | A;B;C;D;E;F;G;H;I; ;J;K;L;M;N;O;P;Q; S;T;Z | 1844,70 | 2053,10 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 30.04.2013 № 444.

1.13. Региональная медико-экономическая модель оказания экстренной и неотложной лечебно-диагностической медицинской помощи пациентам в приемно-диагностическом отделении (дети):

| Код модели | Наименование модели | Наименование профиля | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|--|--|---|-------------|--------|
| | | | | без ПК | с ПК |
| S031.006.MD.01 | Региональная медико-экономическая модель оказания экстренной и неотложной лечебно-диагностической медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях | Отоларинголог (поликлиника); Офтальмолог (поликлиника); Педиатр (общий, участковый) (поликлиника); Хирург (общий) (поликлиника) | E87.2;G44.2;I10;J20.9; K29.1;K58.0;K58.9;K59.0; K59.8;L50.0;M25.5; N10;N39.0;R10.4;R73.9; R04.0;R81;R50.9;R56.0; R56.8;T15.0;T15.1; T16;T17.1;T17.2;T36; T37;T38;T39;T40;T41; T42;T43;T44;T45;T46; T47;T48;T49;T50;T51; T52;T53;T54;T55;T56; T57;T58;T59;T60;T61; T62;T63;T64;T65 | 594,97 | 629,78 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 24.07.2013 № 725.

2. Тарифы законченного случая лечения на основе региональной медико-экономической модели при оказании скорой медицинской помощи

2.1. Региональная медико-экономическая модель медицинской помощи больным с нестабильной стенокардией, острым и повторным инфарктом миокарда (скорая медицинская помощь) (с 01.01.2014 по 31.01.2014):

| Код модели | Группа по удаленности от сосудистого центра | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|---|---|--|-------------|----------|
| | | | | без РК | с РК |
| S044.001.MD.01 | 1,2,3,4 группа | Нестабильная стенокардия; острый субэндокардиальный инфаркт миокарда; острый инфаркт миокарда неуточненный; острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда; острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда; острый трансмуральный инфаркт других уточненных локализаций; острый трансмуральный инфаркт неуточненной локализации; повторный инфаркт миокарда (диагностика) | I20.0;I21.4; I21.9;I21.0; I21.1;I21.2; I21.3;I22 | 290,01 | 326,40 |
| S044.001.ML.02 | 1 группа | Нестабильная стенокардия; острый субэндокардиальный инфаркт миокарда; острый инфаркт миокарда неуточненный; острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда; острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда; острый трансмуральный инфаркт других уточненных локализаций; острый трансмуральный инфаркт неуточненной локализации; повторный инфаркт миокарда | I20.0;I21.4; I21.9;I21.0; I21.1;I21.2; I21.3;I22 | 49771,74 | 49870,89 |
| | 2 группа | | | 50165,45 | 50264,60 |
| | 3 группа | | | 50853,28 | 50952,43 |
| | 4 группа | | | 51052,00 | 51151,15 |
| S044.001.ML.03 | 1 группа | Нестабильная стенокардия; острый субэндокардиальный инфаркт миокарда; острый инфаркт миокарда неуточненный; острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда; острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда; острый трансмуральный инфаркт других уточненных локализаций; острый трансмуральный инфаркт неуточненной локализации; повторный инфаркт миокарда | I20.0;I21.4; I21.9;I21.0; I21.1;I21.2; I21.3;I22 | 1295,48 | 1394,63 |
| | 2 группа | | | 1689,19 | 1788,34 |
| | 3 группа | | | 2377,02 | 2476,17 |
| | 4 группа | | | 2575,74 | 2674,89 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 14.08.2012 № 1113.

2.2. Региональная медико-экономическая модель медицинской помощи больным с инсультом, не уточненным, как кровоизлияние или инфаркт (скорая медицинская помощь) (с 01.01.2014 по 31.01.2014):

| Код модели | Группа по удаленности от сосудистого центра | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ 10 | Тариф, руб. | |
|----------------|---|--|-----------|-------------|---------|
| | | | | без РК | с РК |
| S044.002.ML.01 | 1 группа | Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт | I64 | 1349,93 | 1497,44 |
| | 2 группа | | | 1743,64 | 1891,15 |
| | 3 группа | | | 2431,47 | 2578,98 |
| | 4 группа | | | 2630,19 | 2777,70 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 03.09.2013 № 832

2.3. Региональная медико-экономическая модель транспортировки пациентов службой скорой медицинской помощи (взрослые, дети) (с 01.01.2014 по 31.01.2014):

| Код модели | Группа по удаленности от г. Кирова | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. | |
|----------------|------------------------------------|--|---|-------------|---------|
| | | | | без РК | с РК |
| S044.003.MD.01 | 1 группа | Региональная медико-экономическая модель транспортировки пациентов службой скорой медицинской помощи | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;R;S;T | 1033,59 | 1124,31 |
| | 2 группа | | | 1423,08 | 1513,80 |
| | 3 группа | | | 2257,72 | 2348,44 |
| | 4 группа | | | 2623,37 | 2714,09 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 14.08.2012 № 1113.

2.4. Региональная медико-экономическая модель транспортировки пациентов службой скорой медицинской помощи (взрослые, дети) (с 01.01.2014):

| Код модели | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Базовый тариф по ОМС, руб. | |
|----------------|--|---|----------------------------|---------|
| | | | без РК | с РК |
| S044.004.ML.01 | Медицинская эвакуация (расстояние до пункта эвакуации до 50 км, категория зоны I) | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 1080,58 | 1158,77 |
| S044.004.ML.02 | Медицинская эвакуация (расстояние до пункта эвакуации от 51 км до 100 км, категория зоны II) | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 1450,18 | 1528,37 |
| S044.004.ML.03 | Медицинская эвакуация (расстояние до пункта эвакуации от 101 км до 200 км, категория зоны III) | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 2276,27 | 2354,45 |
| S044.004.ML.04 | Медицинская эвакуация (расстояние до пункта эвакуации более 200 км, категория зоны IV) | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 2670,00 | 2748,19 |

В соответствии с распоряжением департамента здравоохранения Кировской области от 29.01.2014 № 48.

2.5. Региональная медико-экономическая модель оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а так же медицинской эвакуации (экстренной доставки медицинских работников и др.) с использованием авиационного и наземного видов транспорта (с 01.01.2014):

| Код модели | Наименование заболевания (нозологическая форма) | КодМКБ10 | Тариф, руб. |
|----------------|---|---|-------------|
| | | | с РК |
| S044.005.ML.01 | Медицинская эвакуация пациента (экстренная доставка медицинских работников и др.) авиационным транспортом | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 81534,73 |
| S044.005.ML.02 | Медицинская эвакуация пациента (экстренная доставка медицинских работников и др) наземным транспортом на расстояние до 50 км в одно направление | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N;O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 1967,59 |
| S044.005.ML.03 | Медицинская эвакуация пациента | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N; | 5023,59 |

| | | | |
|----------------|--|---|---------|
| | (экстренная доставка медицинских работников и др.) наземным транспортом на расстояние свыше 50 км до 100 км в одно направление | O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | |
| S044.005.ML.04 | Медицинская эвакуация пациента (экстренная доставка медицинских работников и др.) наземным транспортом на расстояние свыше 100 км до 200 км в одно направление | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N; O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 7123,17 |
| S044.005.ML.05 | Медицинская эвакуация пациента (экстренная доставка медицинских работников и др.) наземным транспортом на расстояние свыше 200 км в одно направление | A;B;C;D;E;F;G;H;I;J;K;L;M;N; O;P;Q;R;S;T;U;V;W;X;Y;Z | 9949,71 |

Приложение 10
Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Предельная стоимость диагностических услуг при осуществлении
расчетов между медицинскими организациями в системе ОМС**

| № п/п | Наименование исследования | Стоимость исследования, руб. |
|--|---|------------------------------|
| I. Лабораторные методы исследования | | |
| 1 | Определение в сыворотке крови 17-оксипрогестерона | 163,0 |
| 2 | АКТГ (адренокортикотропный гормон) | 324,0 |
| 3 | Определение в сыворотке крови АЛТ | 6,0 |
| 4 | Определение в сыворотке крови альфа-амилазы | 18,0 |
| 5 | Определение антинуклеарных АТ-9 в сыворотке крови | 639,0 |
| 6 | Определение антистрептолизина-О | 69,0 |
| 7 | Определение в сыворотке крови антител к тиреоглобулину (АТ к ТГ) | 287,0 |
| 8 | Определение в сыворотке крови антител к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО) | 195,0 |
| 9 | Определение в сыворотке крови аспартат аминотрансферазы (АСТ) | 6,0 |
| 10 | Определение в сыворотке крови антител к гельминтам (АТ к гельминтам) | 99,0 |
| 11 | Определение в сыворотке крови антител к кардиолипину (АТ к кардиолипину) | 245,0 |
| 12 | Определение в сыворотке крови антител к нативной ДНК | 170,0 |
| 13 | Определение в сыворотке крови антител к цитрулинированному пептиду | 550,0 |
| 14 | Определение в сыворотке крови общего билирубина | 10,0 |

| № п/п | Наименование исследования | Стоимость исследования, руб. |
|-------|--|------------------------------|
| 15 | Определение в сыворотке крови прямого билирубина | 10,0 |
| 16 | Исследование уровня ванилилминдальной кислоты в моче | 500,0 |
| 17 | Исследование уровня гликированного гемоглобина в крови | 143,0 |
| 18 | Исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата в крови (ДГЭА-s) | 115,0 |
| 19 | Определение в сыворотке крови сывороточного железа | 50,0 |
| 20 | Определение в сыворотке крови иммуноглобулина А | 90,0 |
| 21 | Определение в сыворотке крови иммуноглобулина G | 90,0 |
| 22 | Определение в сыворотке крови иммуноглобулина М | 90,0 |
| 23 | Определение в сыворотке крови иммуноглобулина Е | 90,0 |
| 24 | Исследование уровня инсулиноподобного ростового фактора I в крови | 402,0 |
| 25 | Исследование уровня глюкозы в крови | 10,0 |
| 26 | Определение в сыворотке крови холестерина | 8,0 |
| 27 | Определение в сыворотке крови кальция | 10,0 |
| 28 | Исследование уровня общего кортизола в крови | 80,0 |
| 29 | Определение в сыворотке крови креатинина | 7,0 |
| 30 | Исследование уровня криоглобулина в сыворотке крови | 85,0 |
| 31 | Определение в сыворотке крови лактатдегидрогеназы (ЛДГ) | 10,0 |
| 32 | Определение в сыворотке крови липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) | 70,0 |
| 33 | Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови (ЛГ) | 62,0 |
| 34 | М-ГРАДИЕНТ | 50,0 |
| 35 | Исследование уровня микроальбуминурии в моче | 152,0 |
| 36 | Определение в сыворотке крови мочевой кислоты | 11,0 |
| 37 | Определение в сыворотке крови мочевины | 8,0 |
| 38 | Определение в сыворотке крови общего белка | 6,0 |
| 39 | Определение в сыворотке крови общей железосвязывающей способности (ОЖСС) | 50,0 |
| 40 | Исследование уровня паратиреоидного гормона в крови | 125,0 |
| 41 | Непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса) | 263,0 |
| 42 | Исследование уровня прогестерона в крови | 80,0 |
| 43 | Исследование уровня пролактина в крови | 62,0 |
| 44 | Определение в сыворотке крови ревматоидного фактора | 105,0 |
| 45 | Исследование уровня соматотропного гормона в крови | 155,0 |
| 46 | Определение концентрации С-пептида в сыворотке крови | 145,0 |
| 47 | Определение в сыворотке крови специфического иммуноглобулина Е с бытовой панелью | 1595,0 |
| 48 | Определение в сыворотке крови специфического иммуноглобулина Е с пищевой панелью | 1595,0 |
| 49 | Определение в сыворотке крови С-реактивного белка | 53,0 |

| № п/п | Наименование исследования | Стоимость исследования, руб. |
|-------|--|------------------------------|
| 50 | Определение в сыворотке крови трийодтиронина(Т-3) | 87,0 |
| 51 | Определение в сыворотке крови тироксина Т-4 (общего) | 62,0 |
| 52 | Определение в сыворотке крови тироксина Т-4 (свободного) | 62,0 |
| 53 | Определение в сыворотке крови тестостерона | 95,0 |
| 54 | Определение в сыворотке крови тимоловой пробы | 68,0 |
| 55 | Определение в сыворотке крови уровня простат-специфического антигена (ПСА) | 100,0 |
| 56 | Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови (ФСГ) | 62,0 |
| 57 | Определение в сыворотке крови неорганического фосфора | 8,0 |
| 58 | Определение в сыворотке крови щелочной фосфатазы | 7,0 |
| 59 | Исследование крови на ВИЧ методом ИФА | 60,0 |
| 60 | Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) | 31,0 |
| 61 | Определение в сыворотке крови МНО | 26,0 |
| 62 | Определение калия в сыворотке крови | 77,0 |
| 63 | Определение натрия в сыворотке крови | 77,0 |
| 64 | Определение в сыворотке крови липопротеидов низкой плотности | 63,0 |
| 65 | Определение в сыворотке крови миоглобина | 205,0 |
| 66 | Определение в сыворотке крови фибриногена | 47,0 |
| 67 | Определение хорионического гонадотропина | 110,0 |
| 68 | Определение протромбинового индекса | 26,0 |
| 69 | Исследование крови на сифилис методом ИФА | 61,0 |
| 70 | Определение резус-антител методом гелевых технологий | 196,0 |
| 71 | Определение в сыворотке крови уровня СА-125 | 135,0 |
| 72 | Определение в сыворотке крови уровня СА-15-3 | 130,0 |
| 73 | Исследование крови на вирусный гепатит В и С методом ИФА (Гепатит В) | 91,0 |
| 74 | Исследование крови на вирусный гепатит В и С методом ИФА (Гепатит С) | 220,0 |
| 75 | Исследование уровня общего эстриола в крови | 90,0 |
| 76 | Исследование уровня триглицеридов в крови | 11,0 |
| 77 | Определение в сыворотке крови ТТГ (териотропного гормона) | 62,0 |
| 78 | Исследование уровня общего эстрадиола в крови | 87,0 |
| 79 | Определение в сыворотке крови ГГТ (Гамма-глутаматтрансферазы) | 9,0 |
| 80 | Исследование уровня липазы в сыворотке крови | 40,0 |
| 81 | Исследования уровня общего магния в сыворотке крови | 9,0 |
| | II. Цитологические исследования | |
| 1 | Цитологические исследования (аспираты из полости матки заднего свода) | 90,0 |
| 2 | Цитологические исследования (влагалищные мазки, мазки из цервикального канала) | 60,0 |

| № п/п | Наименование исследования | Стоимость исследования, руб. |
|-------|---|------------------------------|
| 3 | Цитологические исследования (отделяемое из сосков молочных желез) | 80,0 |
| 4 | Цитологические исследования (отпечатки с кожи) | 80,0 |
| 5 | Цитологические исследования (пунктаты лимфатических узлов) | 80,0 |
| 6 | Цитологические исследования (экссудаты и транссудаты) | 80,0 |
| | III. Рентгенографические исследования | |
| 1 | Маммография | 150,0 |
| 2 | Маммография (с учетом расстояния при выезде до 100 км.) | 200,0 |
| 3 | Маммография (с учетом расстояния при выезде свыше 100 км.) | 250,0 |
| 4 | Магнитно-резонансная томография (МРТ) | 2500,0 |
| 5 | Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга | 1500,0 |
| 6 | Магнитно-резонансная томография с контрастированием (МРТ с контрастированием) | 4000,0 |
| 7 | Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием (МРТ головного мозга с контрастированием) | 3400,0 |
| 8 | Компьютерная томография | 1200,0 |
| 9 | Компьютерная томография с контрастированием | 2400,0 |
| 10 | Флюорография легких | 60,0 |
| 11 | Флюорография легких (с учетом расстояния при выезде до 100 км.) | 110,0 |
| 12 | Флюорография легких (с учетом расстояния при выезде свыше 100 км.) | 160,0 |
| 13 | Рентгенологическое исследование органов грудной клетки | 250,0 |
| 14 | Рентгенологическое исследование позвоночника | 250,0 |
| 15 | Ирригоскопия | 650,0 |
| | IV. Ультразвуковые исследования | |
| 1 | Ультразвуковое исследование беременных женщин | 150,0 |
| 2 | Ультразвуковое исследование брюшной полости | 150,0 |
| 3 | Ультразвуковое исследование органов малого таза | 60,0 |
| 4 | Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов | 85,0 |
| 5 | Ультразвуковое исследование трансвагинальное | 150,0 |
| 6 | Ультразвуковое исследование щитовидной железы | 60,0 |
| 7 | Ультразвуковое исследование молочных желез | 70,0 |
| 8 | Ультразвуковое исследование мочевого пузыря и предстательной железы | 60,0 |
| 9 | Ультразвуковое исследование коленных суставов | 80,0 |
| 10 | Дуплексное сканирование артерий | 200,0 |
| 11 | Транскраниальная доплерография | 250,0 |
| 12 | Нейросонография | 90,0 |
| 13 | Эхокардиография | 200,0 |
| | V. Инструментальные исследования | |

| № п/п | Наименование исследования | Стоимость исследования, руб. |
|----------|---|------------------------------------|
| 1 | Бронхоскопия | 500,0 |
| 2 | Колоноскопия диагностическая | 500,0 |
| 3 | Эзофагогастродуоденоскопия | 220,0 |
| | VI. Функциональные методы исследования | |
| 1 | Реоэнцефалография | 200,0 |
| 2 | Суточное мониторирование АД | 200,0 |
| 3 | Холтеровское мониторирование ЭКГ | 250,0 |
| 4 | Реовазография | 70,0 |
| 5 | Компьютерная электроэнцефалография | 250,0 |
| 6 | Электроэнцефалография | 200,0 |

Приложение 11
Тарифному соглашению по оплате
медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской
помощи и применяемые финансовые санкции**

| № п/п (пункт по приказу от 01.12.2010 № 230) | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|---|---|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц (по жалобам застрахованных) | | |
| 1.1. (1.1) | Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе: | | |
| 1.1.1. (1.1.1) | нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования; | Размер штрафа: | |
| | | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год ¹ | – |
| 1.1.2. (1.1.2) | нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации; | Размер штрафа: | |
| | | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | – |
| 1.1.3. (1.1.3) | нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации: нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом | Размер штрафа: | |
| | | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | – |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|---|--|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | порядке. | | |
| 1.1.4. | увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи: | | |
| 1.1.4.1 | от 50% до 100% от норматива, установленного территориальной программой ОМС: | | |
| 1.1.4.1.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | Размер штрафа: | |
| | | – | 20% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.4.1.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | – | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.4.2. | Более 100% от норматива, установленного территориальной программой ОМС: | | |
| 1.1.4.2.1. | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | Размер штрафа: | |
| | | – | 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.1.4.2.2. | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания; | Размер штрафа: | |
| | | – | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год |
| 1.2. (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 | Размер штрафа: | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|--|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| (1.2.1) | вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 1.2.2. (1.2.2) | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке); | <p>Последствия неисполнения обязательств:</p> <p>возмещение расходов на лечение по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания + штраф в размере 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год.</p> | |
| 1.3. (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. (1.3.1) | не повлекший за собой причинение вреда здоровью, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания; | <p>Размер штрафа:</p> <p>100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> | |
| 1.3.2. (1.3.2) | повлекший за собой причинение вреда здоровью, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания. | <p>Последствия неисполнения обязательств:</p> <p>возмещение расходов на лечение по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания² + штраф в размере 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год</p> | |
| 1.4. (1.4) | Взимание платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС. | <p>Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:</p> <p>50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи³</p> <p>Размер штрафа:</p> <p>100% суммы средств, необоснованно затраченной застрахованным лицом⁴</p> | |
| 1.5. (1.5) | Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача на основании стандартов оказания медицинской помощи, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов | <p>Размер уменьшения оплаты медицинской помощи:</p> <p>25% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи</p> <p>Размер штрафа:</p> <p>100% суммы средств, необоснованно затраченной застрахованным лицом⁴</p> | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | медицинской помощи. | | |
| 2. | Отсутствие информированности застрахованного населения (по результатам планового контроля Кировским областным территориальным фондом обязательного медицинского страхования) | | |
| 2.1. (2.1) | Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети «Интернет» ⁵ . | Размер штрафа: 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 2.2. (2.2) | Отсутствие на официальном сайте ⁵ медицинской организации следующей информации: а) о режиме работы медицинской организации (за исключением скорой медицинской помощи); б) об условиях оказания медицинской помощи, сроки ожидания медицинской помощи; в) о видах оказываемой медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи); г) о показателях доступности и качества медицинской помощи; д) о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно (за исключением скорой медицинской помощи); е) 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 (за исключением скорой медицинской помощи). | Размер штрафа: 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 2.3. (2.3) | Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях. | Размер штрафа: 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 2.4. (2.4) | Отсутствие на информационных стендах в медицинских | Размер штрафа: | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|--|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | <p>организациях следующей информации:</p> <p>а) о режиме работы медицинской организации;</p> <p>б) об условиях оказания медицинской помощи, сроки ожидания медицинской помощи;</p> <p>в) о видах оказываемой медицинской помощи;</p> <p>г) о показателях доступности и качества медицинской помощи;</p> <p>д) о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, применяемых при оказании стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи бесплатно;</p> <p>е) 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</p> | 25% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | – |
| 3. | Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи: | | |
| 3.1. (3.1) | Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц). | Размер штрафа: 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 3.2. (3.2) | Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи: | | |
| 3.2.1. (3.2.1) | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 3.2.2. (3.2.3) | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.2.3. (3.2.4) | приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке); | Последствия неисполнения обязательств: Уменьшение оплаты медицинской помощи в размере 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания + штраф в размере 200% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 3.2.4. (3.2.5) | приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). | Последствия неисполнения обязательств: Уменьшение оплаты медицинской помощи в размере 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи + штраф в размере 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 3.3. (3.3) | Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий: | | |
| 3.3.1. (3.3.2) | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | |
| 3.4. (3.4) | Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения): | | |
| 3.4.1. | не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 3.4.2. | приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | |
| 3.4.3. | приведших к летальному исходу | Последствия неисполнения обязательств: Уменьшение оплаты медицинской помощи в размере 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи + штраф в размере 500% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 3.5. | Повторное обоснованное | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|--|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| (3.5.) | обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение суток при оказании скорой медицинской помощи, 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения). | 25% стоимости за каждый случай первичного и повторного оказания медицинской помощи | |
| 3.6. (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. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи и в случае ухудшения состояния здоровья застрахованного лица возмещение расходов на лечение по поводу прогрессирования имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания | |
| 3.7. (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. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 3.8. (3.8) | Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% стоимости за каждый случай оказания стационарной медицинской помощи | |
| 3.9. (3.9) | Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации (увеличение количества посещений, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждое посещение сверх необходимых сроков оказания медицинской помощи | |
| 3.10. | Повторное посещение врача одной | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| (3.10) | 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% стоимости каждого случая оказания медицинской помощи, предъявленного к оплате повторно | – |
| 3.11. (3.11) | Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие язвенного заболевания). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 3.12. (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. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 25% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 3.13. (3.13) | Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 3.14. (3.14) | Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 – 3 категории | Последствия неисполнения обязательств: Уменьшение оплаты медицинской помощи в размере 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи + штраф в размере 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 4. | Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации | | |
| 4.1. (4.1) | Непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин ⁶ . | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| | | Размер штрафа: 50% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год (за исключением случаев оказания амбулаторной медицинской помощи) | |
| | | | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.2. (4.2) | Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: | |
| | | 15% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 4.3. (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 или отказ от лечения (госпитализации), в установленных законодательством Российской Федерации случаях. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: | |
| | | 15% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 4.4. (4.4) | Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания). | Последствия неисполнения обязательств: | |
| | | Уменьшение оплаты медицинской помощи в размере 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи + штраф в размере 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо в год | |
| 4.5. (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.). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: | |
| | | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 4.6. (4.6) | Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов (выставление счета за неоказанные медицинские услуги) ⁷ : | | |
| 4.6.1. (4.6.1) | Включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: | |
| | | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 4.6.2. (4.6.2) | Несоответствие сроков лечения застрахованного лица в первичной медицинской документации срокам, указанным в реестре | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: | |
| | | 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов | | |
| 5.1. (5.1) | Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе: | | |
| 5.1.1. (5.1.1) | наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.1.2. (5.1.2) | Сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.1.3. (5.1.3) | Наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в т.ч. отсутствие кода услуги; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.1.4. (5.1.4) | Некорректное заполнение полей реестра счетов (в т.ч. использование недопустимых символов, несоответствие возраста пациента профилю оказанной медицинской помощи); | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.1.5. (5.1.5) | заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку); | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.1.6. (5.1.6) | Дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду (без уважительных причин). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.2. (5.2) | Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации: | | |
| 5.2.1. (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.); | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.2.2. (5.2.4) | Наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.2.3. (5.2.5) | Включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащих страхованию по ОМС. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.3. (5.3) | Нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу обязательного медицинского страхования: | | |
| 5.3.1. (5.3.1) | Включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|---|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | ОМС; | | |
| 5.3.2. (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). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.4 (5.4.2) | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.5. (5.5) | Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности: | | |
| 5.5.1. (5.5.1) | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.5.2. (5.5.2) | Предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.5.3. (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). | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.6. (5.6) | Включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи | |
| 5.7. | Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи: | | |

| № п/п (пункт по приказу от | Перечень нарушений | Финансовые санкции | |
|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| | | Поликлиника, стационар дневной стационар | Скорая медицинская помощь |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.7.1. (5.7.1) | Позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее); | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, предъявленного к оплате повторно | |
| 5.7.2. (5.7.2) | Дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре; | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости каждого случая оказания медицинской помощи, предъявленного к оплате повторно | |
| 5.7.3. (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% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно | – |
| 5.7.4. (5.7.5) | Включение в реестр счетов: а) амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи); б) пациенто-дней пребывания застрахованного лица в дневном стационаре в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара) | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр счетов необоснованно | |
| 5.7.5. (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. | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи: 100% стоимости за каждый случай оказания медицинской помощи, включенный в реестр необоснованно | |

¹ Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2014 год в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет 7968,93 рублей

² С медицинской организации, необоснованно отказавшей в бесплатном оказании медицинской помощи, удерживается сумма последующих расходов на лечение по поводу прогрессирующего имеющегося заболевания, его осложнения, возникновения нового заболевания (по результатам экспертизы качества медицинской помощи)

³ В таблице под стоимостью случая оказания медицинской помощи понимается стоимость, рассчитанная по тарифам, утвержденным тарифным соглашением в части статей расходов, формирующим базовый тариф по ОМС.

⁴ Применяется при несвоевременном перечислении медицинской организацией гражданину денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, в соответствии с Порядком возмещения гражданам личных средств затраченных на оплату медицинской помощи.

⁵ Финансовые санкции за данные нарушения применяются с 01.09.2011.

⁶ Объективной причиной считается передача документа в другую медицинскую организацию, в патологоанатомическое отделение, в другие правомочные учреждения, физическая утрата документа при объективных чрезвычайных обстоятельствах. Передача документации из медицинской организации должна быть соответствующим образом оформлена.

⁷ При оплате амбулаторно-поликлинической помощи на основе подушевого норматива финансового обеспечения финансовые санкции применяются по результатам анализа мониторинга выполнения плановых объемов медицинской помощи по решению комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

⁸ Финансовые санкции, при оплате амбулаторно-поликлинической помощи на основе подушевого финансового обеспечения, (оказываемой Перечнем специалистов, согласно п.4.1 Методики расчета подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи), не применяются по нарушениям, указанным в пунктах 2, 3.9 – 3.10, 5 (за исключением пунктов 5.5, 5.6).

Приложение 12
Тарифному соглашению по оплате
медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

**Стимулирующий норматив финансирования медицинских
организаций, участвующих в пилотном проекте,
направленном на повышение качества услуг в
отделениях хирургического профиля медицинских
организаций Кировской области на 4 квартал 2013 года**

Установить на 4 квартал 2013 года стимулирующий норматив финансирования медицинских организаций в размере 10% суммы реестров счетов за пролеченных больных по законченным случаям лечения с оперативным вмешательством, за исключением случаев производства аборт, высокотехнологичной медицинской помощи (в части базового тарифа по ОМС):

1. Круглосуточный стационар:

| № п/п | Наименование МО | Профиль | Дет | Кол-во баллов | Сумма выплат за 4 квартал 2013, рублей |
|--|--|---|-----|-------------------|--|
| 1. | КОГБУЗ "Кировская городская больница № 9" | Отоларингологический | взр | 8,0 | 415954,10 |
| | КОГБУЗ "Кировская городская больница №9" Итог | | | | 415954,10 |
| 3. | КОГБУЗ "Кировская городская больница № 5" | Хирургический (общие) | взр | 7,0 | 130899,19 |
| | КОГБУЗ "Кировская городская больница №5" Итог | | | | 130899,19 |
| 5. | КОГБУЗ "Кировская клиническая офтальмологическая больница" | Офтальмологический | взр | 7,0 | 661666,70 |
| | КОГБУЗ "Кировская клиническая офтальмологическая больница" Итог | | | | |
| 7. | КОГБУЗ "Северная городская клиническая больница" | Хирургический (общие) | взр | 8,0 | 1454262,38 |
| | | Гинекологический | взр | 8,0 | 527912,86 |
| | КОГБУЗ "Северная городская клиническая больница" Итог | | | | |
| 10 | КОГБУЗ "Кировская городская клиническая больница № 6 "Лепсе" | Урологический | взр | 8,0 | 718969,91 |
| | | Проктологический | взр | 10,0 | 672887,72 |
| | | Хирургический (общие) | взр | 7,0 | 481006,03 |
| | | Гинекологический | взр | 10,0 | 674127,11 |
| КОГБУЗ "Кировская городская клиническая больница № 6 "Лепсе" Итог | | | | 2546990,77 | |
| 15 | КОГБУЗ "Кировская городская больница № 2" | Гинекологический | взр | 8,5 | 212654,40 |
| | | КОГБУЗ "Кировская городская больница № 2" Итог | | | |
| 17 | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница" | Урологический | взр | 8,0 | 891111,90 |
| | | Нейрохирургический | взр | 9,5 | 311355,57 |
| | | Челюстно-лицевой хирургии | взр | 9,0 | 619786,90 |
| | | Кардиохирургический | взр | 9,5 | 298707,86 |
| | | Хирургический (общие) | взр | 9,0 | 858140,09 |

| | | | | | |
|----|---|---|-----|------|-------------------|
| | | Гинекологический | взр | 10,0 | 551719,19 |
| | | Отоларингологический | взр | 10,0 | 640041,14 |
| | | Офтальмологический | взр | 10,0 | 1168855,05 |
| | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница" Итог | | | | 5339717,70 |
| 26 | КОГБУЗ "Кировская областная детская клиническая больница" | Урологический | дет | 9,0 | 299887,59 |
| | | Нейрохирургический | дет | 9,0 | 124472,16 |
| | | Хирургический (общие) | дет | 8,0 | 692304,75 |
| | | Отоларингологический | дет | 9,5 | 293756,10 |
| | | Офтальмологический | дет | 8,0 | 246092,38 |
| | КОГБУЗ "Кировская областная детская клиническая больница" Итог | | | | 1656512,98 |
| 32 | КОГБУЗ "Кировский областной клинический онкологический диспансер" | Торакальный | взр | 7,5 | 225943,16 |
| | | Онкологический | взр | 7,5 | 3272743,19 |
| | КОГБУЗ "Кировский областной клинический онкологический диспансер" Итог | | | | 3498686,35 |
| 35 | КОГБУЗ "Кировский областной госпиталь для ветеранов войн" | Урологический | взр | 7,5 | 46803,97 |
| | | Хирургический (общие) | взр | 7,5 | 220331,58 |
| | КОГБУЗ "Кировский областной госпиталь для ветеранов войн" Итог | | | | 267135,55 |
| 38 | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница №3" | Травматологический | взр | 9,0 | 3561846,13 |
| | | Травматологический | дет | 10,0 | 683265,25 |
| | | Ортопедический | взр | 7,5 | 1173169,44 |
| | | Ортопедический | дет | 9,5 | 288018,68 |
| | | Нейрохирургический | взр | 9,5 | 647898,44 |
| | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница № 3" Итог | | | | 6354197,94 |
| 44 | КОГБУЗ "Афанасьевская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 6,5 | 84883,50 |
| | | КОГБУЗ "Афанасьевская центральная районная больница" Итог | | | |
| 46 | КОГБУЗ "Верхошижемская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 7,5 | 1155,81 |
| | | КОГБУЗ "Верхошижемская центральная районная больница" Итог | | | |
| 48 | КОГБУЗ "Зуевская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 7,5 | 48690,79 |
| | | КОГБУЗ "Зуевская центральная районная больница" Итог | | | |
| 50 | КОГБУЗ "Кикнурская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 8,0 | 10321,81 |
| | | КОГБУЗ "Кикнурская центральная районная больница" Итог | | | |
| 52 | КОГБУЗ "Кильмезская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 8,0 | 111125,01 |
| | | Гинекологический | взр | 8,0 | 24605,50 |
| | КОГБУЗ "Кильмезская центральная районная больница" Итог | | | | 135730,51 |
| 55 | КОГБУЗ "Кирово-Чепецкая центральная районная больница" | Травматологический | взр | 7,0 | 120001,17 |
| | | Гинекологический | взр | 10,0 | 114508,07 |
| | КОГБУЗ "Кирово-Чепецкая центральная районная больница" Итог | | | | 234509,24 |
| 58 | ФБУЗ "Медико-санитарная часть № 52" ФМБА | Хирургический (общие) | взр | 8,0 | 223234,20 |
| | | Гинекологический | взр | 8,5 | 74572,23 |
| | ФБУЗ "Медико-санитарная часть № 52" ФМБА Итог | | | | 297806,43 |
| 61 | КОГБУЗ "Куменская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 7,5 | 14182,72 |
| | | КОГБУЗ "Куменская центральная районная больница" Итог | | | |
| 63 | КОГБУЗ "Лузская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 7,5 | 16700,29 |
| | | КОГБУЗ "Лузская центральная районная больница" Итог | | | |
| 65 | КОГБУЗ "Мурашинская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 7,5 | 42799,31 |
| | | Офтальмологический | взр | 7,5 | 21397,22 |
| | КОГБУЗ "Мурашинская центральная районная больница" Итог | | | | 64196,53 |
| 68 | КОГБУЗ "Нагорская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 7,5 | 9701,11 |
| | | КОГБУЗ "Нагорская центральная районная больница" Итог | | | |
| 70 | КОГБУЗ "Нолинская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 6,5 | 229995,95 |
| | | КОГБУЗ "Нолинская центральная районная больница" Итог | | | |
| 72 | КОГБУЗ "Омутнинская центральная районная | Травматологический | взр | 7,5 | 196271,65 |

| | | | | | |
|-------------------|--|---|-----|-----|--------------------|
| | больница" | Урологический | взр | 7,5 | 26737,50 |
| | | Хирургический (общие) | взр | 8,0 | 252 804,09 |
| | | Гинекологический | взр | 7,5 | 66223,36 |
| | КОГБУЗ "Омутнинская центральная районная больница" Итог | | | | 542036,60 |
| 77 | КОГБУЗ "Опаринская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 7,5 | 34786,23 |
| | КОГБУЗ "Опаринская центральная районная больница" Итог | | | | 34786,23 |
| 79 | КОГБУЗ "Оричевская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 7,5 | 37832,33 |
| | КОГБУЗ "Оричевская центральная районная больница" Итог | | | | 37832,33 |
| 81 | КОГБУЗ "Пижанская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 8,0 | 42712,74 |
| | | Гинекологический | взр | 7,5 | 9016,27 |
| | КОГБУЗ "Пижанская центральная районная больница" Итог | | | | 51729,01 |
| 84 | КОГБУЗ "Подосиновская центральная районная больница имени Н.В. Отрокова" | Гинекологический | взр | 7,5 | 29237,67 |
| | | КОГБУЗ "Подосиновская центральная районная больница имени Н.В. Отрокова" Итог | | | |
| 86 | КОГБУЗ "Санчурская центральная районная больница им. заслуженного врача А.И. Прохорова" | Гинекологический | взр | 8,0 | 10755,96 |
| | | КОГБУЗ "Санчурская центральная районная больница им. заслуженного врача А.И. Прохорова" Итог | | | |
| 88 | КОГБУЗ "Свечинская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 8,0 | 75931,65 |
| | | КОГБУЗ "Свечинская центральная районная больница" Итог | | | |
| 90 | КОГБУЗ "Советская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 7,5 | 12798,77 |
| | | КОГБУЗ "Советская центральная районная больница" Итог | | | |
| 92 | КОГБУЗ "Сунская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 8,0 | 10581,97 |
| | | КОГБУЗ "Сунская центральная районная больница" Итог | | | |
| 94 | КОГБУЗ "Унинская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 7,5 | 47931,12 |
| | | КОГБУЗ "Унинская центральная районная больница" Итог | | | |
| 96 | КОГБУЗ "Уржумская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 7,5 | 131515,27 |
| | | КОГБУЗ "Уржумская центральная районная больница" Итог | | | |
| 98 | КОГБУЗ "Юрьянская центральная районная больница" | Гинекологический | взр | 8,0 | 11071,57 |
| | | КОГБУЗ "Юрьянская центральная районная больница" Итог | | | |
| 100 | КОГБУЗ "Яранская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 6,5 | 158877,84 |
| | | КОГБУЗ "Яранская центральная районная больница" Итог | | | |
| 102 | КОГБУЗ "Кировский областной клинический перинатальный центр" | Гинекологический | взр | 9,5 | 812070,41 |
| | | КОГБУЗ "Кировский областной клинический перинатальный центр" Итог | | | |
| 104 | КОГБУЗ "Вятскополянская центральная районная больница" | Хирургический (общие) | взр | 8,5 | 341165,53 |
| | | Гинекологический | взр | 8,0 | 122992,47 |
| | КОГБУЗ "Вятскополянская центральная районная больница" Итог | | | | 464158,00 |
| 107 | КОГБУЗ "Слободская центральная районная больница имени академика А.Н.Бакулева" | Хирургический (общие) | взр | 7,0 | 269067,07 |
| | | Гинекологический | взр | 8,5 | 215764,21 |
| | КОГБУЗ "Слободская центральная районная больница имени академика А.Н.Бакулева" Итог | | | | 484831,28 |
| Общий итог | | | | | 27130611,29 |

2. Дневной стационар:

| № п/п | Наименование МО | Профиль | Дет | Сумма выплат за 4 квартал 2013, рублей |
|-------|--|--------------------|-----|--|
| 1 | КОГБУЗ "Кировская клиническая офтальмологическая больница" | Офтальмологический | взр | 813977,65 |
| | | | 6,0 | |

| | | | | | |
|-------------------|--|--------------------|-----|-----|-------------------|
| | КОГБУЗ "Кировская клиническая офтальмологическая больница" Итог | | | | 813977,65 |
| 2 | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница" | Офтальмологический | взр | 9,0 | 228507,9 |
| | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница Итог | | | | 228507,9 |
| 3 | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница № 3" | Травматологический | взр | 9,5 | 1184898,04 |
| | КОГБУЗ "Кировская областная клиническая больница № 3" Итог | | | | 1184898,04 |
| Общий итог | | | | | 2227383,59 |

Приложение 13
Тарифному соглашению по оплате
медицинской помощи по
обязательному медицинскому
страхованию на территории
Кировской области на 2014 год
от 31.01.2014

Положение о правилах и способах оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области

1. Общие положения

1.1. Положение о правилах и способах оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области (далее - Положение) разработано в соответствии с:

1.1.1. Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»;

1.1.2. Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

1.1.3. Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

1.1.4. Налоговым кодексом Российской Федерации;

1.1.5. Бюджетным кодексом Российской Федерации;

1.1.6. Постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»;

1.1.7. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации»;

1.1.8. Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н;

1.1.9. Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

1.1.10. Методическими рекомендациями по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан

Российской Федерации, утвержденными 18.10.93 Федеральным фондом обязательного медицинского страхования;

1.1.11. Законом Кировской области от 05.12.2012 № 227-ЗО «Об охране здоровья граждан в Кировской области»;

1.1.12. Постановлением Правительства Кировской области от 24.12.2013 № 241/910 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кировской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»;

иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Кировской области.

1.2. Положение устанавливает правила и способы оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Кировской области (далее – Территориальная программа ОМС) как части Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Кировской области бесплатной медицинской помощи (далее – Территориальная программа государственных гарантий), порядок использования медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования.

1.3. Правила и способы оплаты медицинской помощи являются обязательным для всех субъектов и участников обязательного медицинского страхования Кировской области.

1.4. Правила и способы оплаты медицинской помощи, не предусмотренные настоящим Положением, в сфере обязательного медицинского страхования Кировской области не применяются.

1.5. В целях внедрения перспективных способов оплаты медицинской помощи в отдельных медицинских организациях может проводиться экспериментальная отработка новых способов оплаты медицинской помощи.

1.6. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2. Термины, определения

В настоящем документе используются следующие термины и определения.

2.1. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

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

2.3. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2.4. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

2.5. Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

2.6. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

2.6.1. Специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь – экстренная и планово-консультативная медицинская помощь, оказываемая гражданам, посредством авиационного и других видов транспорта.

2.7. Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию – денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению Территориальной программы ОМС.

2.8. Посещение – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме (вместо врача) по любому поводу, связанному с оказанием медицинской помощи, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в амбулаторной карте (запись осмотра и динамического наблюдения, постановка диагноза и назначение лечения) и оформлением талона амбулаторного пациента (учетная форма № 025-10/у-04).

2.9. Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).

2.10. Законченный случай поликлинического обслуживания – объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, ограниченный временным интервалом, и предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором достигнута цель обращения.

2.11. Законченный случай госпитализации – случай пребывания пациента в стационаре по поводу заболевания (диагностики, реабилитации и др.), ограниченный во времени, имеющий конкретные конечные результаты (выписка из медицинской организации, перевод в другую медицинскую организацию, в дневной стационар, на амбулаторное лечение, смерть пациента).

2.12. Вызов скорой помощи – система круглосуточно выполняемых вне медицинских организаций квалифицированных медицинских (диагностических и лечебных) мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью людей, а также, при необходимости, обеспечение максимально возможных условий для безопасной и быстрой эвакуации заболевшего или пострадавшего в медицинскую организацию, где ему будет обеспечена квалифицированная специализированная медицинская помощь.

2.13. Стандарты медицинской помощи – документы, определяющие оптимальный набор диагностических и лечебных мероприятий (исследований, консультаций, схем и методов лечения), обеспечивающих определенную технологию оказания медицинской помощи, и являющиеся основой для формирования стоимости оказания медицинской помощи.

2.14. Региональная медико-экономическая модель – документ, утвержденный органом управления здравоохранения Кировской области для расчета стоимости оказания медицинской помощи.

2.15. Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

2.16. Плановая медицинская помощь – это комплекс медицинских услуг, реализация которых может быть отсрочена на определенный срок без ущерба для здоровья пациента в соответствии с медицинскими показаниями.

2.17. Уровень медицинской организации или профиля коек отделений медицинской организации – это ранг медицинской организации, зависящий от степени оснащенности, кадрового потенциала и технологической организации работы медицинской организации и соответствующий объему диагностических и лечебных мероприятий.

2.18. Задание медицинским организациям – объем бесплатной медицинской помощи, запланированные медицинской организации для выполнения Территориальной программы ОМС как части Территориальной программы государственных гарантий.

2.19. Условное фондодержание – подушевое финансовое обеспечение поликлиники на часть медицинской помощи и формирование ее остаточного дохода после расчетов за фактически оказанную медицинскую помощь и оценки показателей амбулаторно-поликлинической помощи.

2.20. Неуправляемые случаи оказания стационарной медицинской помощи – случаи заболеваний по следующим классам Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ-X): A00-A35, A37-A99 (искл. A37, A80 у детей), B00-B03, B07-B15, B20-B79 (искл. B26 у детей), B81-B83, C00-C97, D00-D48, D55-D89, E20-E35, F00-F99, G00-G99, H00-H59, H60-H95 (искл. H60-H74), I89-I90, K50-K52, K55-K56, K70-K77, L40-L70 (искл. L60.0), L80-L99, M00-M99 (искл. M80-M85), N00-N99 (искл. N10-N16;N17;N49;N60;N80-N96), O00-O99 (искл. O04-O08; O14-O15, O70-O71;O85-O92), P00-P96 (искл. P22; P29-P30; P35-P36;P50-P52), Q00-Q99, S00-T79.

2.21. Подушевое финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи – порядок финансирования медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи.

2.22. Подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи – объем финансирования медицинской организации на одного прикрепленного к медицинской организации застрахованного по ОМС жителя.

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

3. Способы оплаты медицинской помощи

На территории Кировской области в сфере обязательного медицинского страхования предусматриваются следующие способы оплаты медицинской помощи:

3.1. Оплата медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, подразделениях производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай); за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта

Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц):

3.1.1. оплата по подушевым нормативам финансирования первичной медико-санитарной помощи на прикрепившихся к МО;

3.1.2. за каждый законченный случай поликлинического обслуживания:

3.1.2.1. по тарифам врачебного посещения (дифференцированного по специальностям врачей и уровням оказания медицинской помощи) и тарифам посещения среднего медицинского персонала на самостоятельном приеме, при этом стоимость законченного случая поликлинического обслуживания рассчитывается исходя из тарифа посещения и фактической кратности посещений в законченном случае в конкретной медицинской организации;

3.1.2.2. по тарифам законченного случая лечения на основе региональной медико-экономической модели.

3.1.3. оплата 1-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в возрасте от 0 до 17 лет, профилактических медицинских осмотров взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется дополнительно к подушевому финансированию по стоимости законченного случая на основе региональной медико-экономической модели.

3.1.4. медицинская помощь в соответствии с утвержденными для региональных медико-экономических моделей тарифами оплачивается при условии выполнения услуг, предусмотренных региональными медико-экономическими моделями.

3.1.5. Оплата 2-го этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется дополнительно к подушевому финансированию по тарифу посещения врача (среднего медицинского персонала) при условии отнесения медицинской организацией данного посещения к соответствующему виду диспансеризации (осмотра).

3.1.6. Расходы на проведение осмотра врачом – психиатром при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних в стоимость по тарифам законченного случая лечения на основе региональной медико-экономической модели не включены.

Осмотр врача – психиатра оплачивается по тарифу посещения за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета, направляемых в бюджет Кировского областного территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.

3.1.7. Факт посещения должен быть зафиксирован в соответствующих первичных медицинских документах за подписью врача или среднего медицинского персонала, проводившего амбулаторный прием.

3.1.8. Посещения в течение дня больным одного и того же врача (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) учитываются и подлежат оплате как одно посещение.

3.1.9. Плановая медицинская помощь по проведению больным терминальной почечной недостаточностью, получающим постоянную специализированную медицинскую помощь методами заместительной почечной терапии, сеанса заместительной почечной

терапии может быть предоставлена пациенту в период нахождения в условиях круглосуточного или дневного стационара и оплачивается по тарифам законченного случая лечения на основе региональной медико-экономической модели.

3.1.10. Оплате за счет средств ОМС подлежат посещения врачей и среднего медицинского персонала, ведущих самостоятельный амбулаторный прием и оказывающих медицинскую помощь по перечню заболеваний и видам медицинской помощи, входящим в Территориальную программу ОМС, а также мероприятия по профилактике заболеваний, включая проведение профилактических прививок в рамках национального календаря и по эпидемическим показаниям (при наличии заключения территориальных органов федерального органа власти по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека), профилактических осмотров и диспансерного наблюдения, в том числе здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, а также профилактике абортот:

3.1.10.1. медицинские осмотры несовершеннолетних, учащихся и студентов дневных форм обучения;

3.1.10.2. патронажное посещение беременных женщин и детей первого года жизни;

3.1.10.3. посещения врача поликлиники в день поступления и в день выписки из круглосуточного стационара;

3.1.10.4. посещения врача поликлиники во время лечения в стационаре дневного пребывания;

3.1.10.5. консультации врачами пациентов, находящихся на лечении в круглосуточном стационаре, в других медицинских организациях в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи при наличии соответствующей записи в медицинской карте стационарного больного;

3.1.10.6. случаи оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным, не подлежащим госпитализации, оплачиваются на основе региональных медико-экономических моделей;

3.1.10.7. проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения

3.1.10.8. контрацепция: подбор и назначение противозачаточных средств;

3.1.10.9. профилактические осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок и реакции Манту;

3.1.10.10. медицинские осмотры детей врачами и средним медицинским персоналом (ведущим самостоятельный прием) дошкольно – школьных отделений;

3.1.10.11. медицинские осмотры в рамках диспансерного наблюдения лиц с хроническими заболеваниями;

3.1.10.12. установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

3.1.10.13. обследование при подозрении на заболевание и лечение граждан, имеющих полис обязательного медицинского страхования (далее – полис ОМС), при первоначальной постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы;

3.1.10.14. углубленная диспансеризация подростков, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

3.1.10.15. случаи оказания медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.

3.1.11. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС (при финансировании по тарифам посещения):

3.1.11.1. посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета;

3.1.11.2. консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями и заведующими отделениями поликлиник, врачебные консилиумы;

3.1.11.3. консультации амбулаторных больных врачами стационаров;

3.1.11.4. случаи оказания медицинской помощи на учебно-спортивных мероприятиях;

3.1.11.5. случаи оказания медицинской помощи врачами-педиатрами лицам старше 18 лет;

3.1.10.6. случаи оказания медицинской помощи застрахованным лицам, получившим повреждение здоровья вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, признанные страховыми государственным учреждением «Кировское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации»;

3.1.11.7. медицинская помощь, оказанная военнослужащим, аттестованному составу министерств и ведомств, в которых действующим законодательством Российской Федерации предусмотрена воинская и приравненная к ней служба;

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

3.1.10.9. амбулаторные посещения в период пребывания пациента в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи);

3.1.11.10. повторные посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.

3.1.21. При отсутствии в медицинской организации врачей детских специальностей (детская онкология, детская хирургия, детская эндокринология, детская неврология и др.), случаи оказания медицинской помощи несовершеннолетним гражданам (не достигшим 18 лет) подлежат оплате по утвержденным тарифам для взрослого населения.

3.2. Оплата медицинской помощи в амбулаторных стоматологических учреждениях, отделениях и кабинетах.

3.2.1. Оплата производится за каждый законченный случай стоматологического обслуживания по тарифам УЕТ, в том числе при оказании стоматологической помощи во время нахождения больного на стационарном лечении.

3.2.2. Стоимость законченного случая стоматологического обслуживания рассчитывается исходя из тарифа УЕТ и фактического числа выполненных УЕТ в законченном случае в конкретной поликлинике.

3.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационаре.

3.3.1. При оказании стационарной медицинской помощи оплате подлежит законченный случай лечения, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (приложения 5, 6 к настоящему Положению):

3.3.1.1. Оплата лечения по нозологическим формам в соответствии с их классификацией по клинико-статистическим группам производится при условии выполнения объема обследования, лечения, достижения результатов лечения.

3.3.1.2. Для незаконченных случаев лечения без оперативных вмешательств (преждевременная выписка больного, летальный исход, перевод в другую медицинскую организацию) при фактической длительности госпитализации до трех дней включительно оплата производится в размере 50% от утвержденной стоимости лечения.

3.3.1.3. В случае перевода пациента из одного отделения в другое в пределах одного профиля все дни госпитализации подлежат учету и предъявляются на оплату как один законченный случай оказания медицинской помощи.

3.3.1.4. Случаи лечения на койках патологии беременности (профиль акушерство и гинекология) длительностью 3 дня и менее с последующим переводом на койки для беременных и рожениц (профиль акушерство и гинекология) оплачиваются как один законченный случай по КСГ, которая соответствует медицинской помощи, оказанной на койках для беременных и рожениц.

3.3.2. Кировским областным территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – Кировский областной ТФОМС) за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета, направляемых в бюджет Кировского областного территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования оплачивается оказание высокотехнологичной медицинской помощи в порядке, утвержденном постановлением Правительства Кировской области.

3.4. Оплата медицинской помощи в отделениях (палатах) дневного пребывания в стационарах больниц, в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому:

3.4.1. При оказании медицинской помощи в дневном стационаре оплате подлежит законченный случай лечения, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

3.4.2. Для незаконченных случаев лечения без оперативных вмешательств, при фактической длительности госпитализации до трех дней включительно оплата производится в размере 50% от утвержденной стоимости лечения.

3.4.3. День начала лечения и день выписки учитываются как два дня.

3.4.4. В реестр включаются все дни лечения, включая выходные дни от поступления больного в дневной стационар до его выписки.

3.4.5. Медицинская помощь, оказанная в стационарах всех типов гражданам, имеющим полис ОМС, и связанная с исполнением гражданами воинской обязанности, подлежит оплате за счет средств ОМС.

3.5. Оплата скорой медицинской помощи.

3.5.1. Оплата скорой медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываемой отделениями и станциями скорой медицинской помощи осуществляется:

3.5.1.1. за готовность к оказанию скорой медицинской помощи финансирование отделений и станций скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу;

3.5.1.2. за вызов бригады скорой медицинской помощи по тарифам вызова;

3.5.1.3. за посещение врача/фельдшера отделения скорой медицинской помощи по тарифам посещения врача/фельдшера скорой помощи;

3.5.1.4. по тарифу региональной медико-экономической модели:

3.5.1.4.1. в случае, если услуги, предусмотренные региональной медико-экономической моделью для скорой медицинской помощи, выполнены не в полном объеме, стоимость лечения оплачивается в размере 100 % от стоимости вызова.

3.5.1.4.2. по региональным медико-экономическим моделям транспортировки пациентов службой скорой медицинской помощи оплата медицинской помощи

осуществляется при условии транспортировки пациента из районов Кировской области в медицинские организации города Кирова с учетом расстояния удаленности.

3.5.2. Оплата скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи, в дополнение к случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, оказываемым отделениями КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница» осуществляется за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета, направляемых в бюджет Кировского областного ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования:

3.5.2.1. за готовность к оказанию скорой медицинской помощи – по подушевому нормативу;

3.5.2.2. по стоимости законченного случая лечения (вызов) в соответствии с медико-экономическими моделями.

3.5.3. Оплата скорой медицинской помощи незастрахованным по обязательному медицинскому страхованию, не идентифицированным гражданам осуществляется за счет межбюджетных трансфертов областного бюджета, направляемых в бюджет Кировского областного территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования по стоимости вызова.

3.6. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по ОМС на территории Кировской области за ее пределами и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации на территории Кировской области, производится Кировским областным ТФОМС в порядке взаиморасчетов с другими территориальными фондами ОМС в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н.

3.7. Способ оплаты медицинской помощи – «поликлиника – условный фондодержатель».

Данный способ оплаты применяется для усиления роли первичного звена медицинской организации при оказании медицинской помощи, повышения ответственности за состоянием здоровья наблюдаемого населения, обеспечения комплексности лечебно-профилактической работы.

3.7.1. Единицей финансирования является подушевой норматив финансирования медицинской организации.

3.7.2. Расчет остаточного дохода для медицинской организации, работающей по способу оплаты медицинской помощи «поликлиника – условный фондодержатель», осуществляется по форме согласно приложению 4 к настоящему Положению.

3.8. Способ оплаты медицинской помощи на основе подушевого финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи (посещение).

Применяется в целях повышения профилактической направленности первичной медико-санитарной помощи, выполнения координирующей функции первичного звена медицинской организации и направлен на стимулирование ответственности медицинской организации за состояние здоровья обслуживаемого населения.

3.8.1. Единицей финансирования является подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи организации (далее – подушевой норматив финансирования ПМСП).

3.8.2. Расчет подушевого норматива финансирования ПМСП осуществляется в соответствии с разделом 4 Приложения 1 к Тарифному соглашению.

3.9. Оплата медицинской помощи в рамках пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в отделениях хирургического профиля медицинских организаций Кировской области производится в соответствии с решением комиссии по оценке деятельности медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте в виде стимулирующего норматива финансирования медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте, направленном на повышение качества услуг в отделениях хирургического профиля медицинских организаций, который рассчитывается в соответствии с разделом 8 Приложения 1 Тарифному соглашению.

4. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями

4.1. Средства на финансирование Территориальной программы ОМС направляются в объеме, предусмотренном законом области о бюджете Кировского областного ТФОМС на текущий финансовый год.

4.2. Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Кировской области, осуществляется по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением.

4.3. Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями Кировской области, осуществляется:

4.3.1. при оказании стационарной помощи – по тарифам, действующим на момент выписки больного;

4.3.2. при оказании амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи – по тарифам, действующим на момент оказания медицинской услуги.

4.4. Оплата за оказанную медицинскую помощь производится в соответствии с перечнем видов и профилей медицинской помощи, определенных в лицензии медицинской организации.

4.5. Перечень заболеваний, виды, объемы и условия предоставления медицинской помощи, оказываемой населению за счет средств ОМС, определяются Территориальной программой ОМС.

4.6. Оплата за оказанную медицинскими организациями медицинскую помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, может быть уменьшена в случае обоснованного отказа территориального фонда обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации в оплате счета, выставленного Кировским областным ТФОМС за лечение вышеуказанных граждан.

4.7. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

4.8. Оплата медицинской помощи производится только по видам и профилям медицинской помощи, установленным решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

4.9. Департаментом здравоохранения Кировской области и Кировским областным ТФОМС ежемесячно проводится мониторинг выполнения установленных объемов.

4.10. В случае превышения медицинской организацией объемов стационарной медицинской помощи тарифы на оказание стационарной медицинской помощи данной медицинской организации в последующих периодах подлежат уменьшению путем применения коэффициентов корректировки тарифов по решению Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

Коэффициенты корректировки тарифов не применяются к тарифам на стационарную медицинскую помощь по профилям «для беременных и рожениц», «травматологический», «инфекционный» в период эпидемического подъема заболеваемости, а так же при оказании

медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

4.11. В случае невыполнения установленных объемов по стационарной медицинской помощи в целом по отдельному муниципальному образованию тарифы на амбулаторно-поликлиническую помощь (посещения, адаптированный базовый норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи), медицинских организаций, обслуживающих население данного муниципального образования увеличиваются в последующих периодах путем применения повышающих коэффициентов по решению Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС.

4.12. В случае выполнения медицинской организацией установленных Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС объемов медицинской помощи (посещений) в размере менее 80% месячного плана (по перечню специалистов, указанных в пункте 4.1 Приложения 1 к Тарифному соглашению) амбулаторной медицинской помощи, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования ПМСП, Комиссия по разработке Территориальной программы ОМС принимает решение об изменении (уменьшении) размера подушевого норматива финансирования ПМСП пропорционально выполнению плановых объемов медицинской помощи.

4.13. В случае невыполнения медицинской организацией объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, выплата заработной платы и оплата других статей расходов, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, за невыполненный объем медицинской помощи, не являются обязательством Кировского областного ТФОМС.

4.14. Медицинские организации возмещают денежные средства гражданам, застрахованным по ОМС, за оплату медицинской помощи, приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре, дневном стационаре по назначению лечащего врача, а также при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи в соответствии с Порядком возмещения гражданам денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (приложение 3 к настоящему Положению).

4.14. Порядок оплаты медицинской помощи на основе подушевого финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

4.14.1. Ежемесячно по состоянию на первое число месяца медицинская организация получает информацию от Кировского областного ТФОМС о численности прикрепленного к медицинской организации населения в соответствии с Порядком прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям Кировской области и договором о передаче конфиденциальной информации.

4.14.2. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинской организацией прикрепленному населению, производится на основании счета, сумма которого сформирована в соответствии с разделом 4 Порядка расчета тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования (приложение 1) к Тарифному соглашению, и равна сумме остаточного дохода медицинской организации.

4.14.3. Сумма остаточного дохода, имеющая отрицательное значение, подлежит удержанию при оплате амбулаторно-поликлинической помощи по подушевым нормативам в последующих периодах.

4.14.4. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной медицинской организацией не прикрепленному населению, производится по тарифам посещения.

4.14.5. Для проведения медицинской организацией анализа суммы остаточного дохода в разрезе страховых медицинских организаций, анализа обращений прикрепленного

населения в другие медицинские организации к специалистам в соответствии с Перечнем специалистов, определенном разделом 4 приложения 1 к Тарифному соглашению, обращения населения к специалистам медицинской организации из Перечня специалистов, прикрепленных к другим медицинским организациям, оплаченные по тарифу посещения, Кировским областным ТФОМС в медицинскую организацию направляется справка в формате Excel по форме, утвержденной приложением 4 к настоящему Положению.

4.14.6. Медицинские организации, получающие средства на основе подушевого финансового обеспечения ПМСП, ежемесячно формируют и направляют в страховые медицинские организации реестры счетов оказанной медицинской помощи.

4.14.7. На основании представленных реестров счетов страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

5. Порядок использования финансовых средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями

5.1. Средства ОМС должны быть использованы медицинскими организациями в полном соответствии со структурой тарифа, утвержденного Тарифным соглашением. Использование средств ОМС на расходы, не подлежащие возмещению за счет средств ОМС, является нецелевым.

5.2. В случае установления фактов нецелевого использования средств принимаются меры по их возврату в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение 1
к Положению о правилах и
способах оплаты медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию на
территории Кировской области

ПОРЯДОК УЧЕТА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. В целях улучшения качества медицинской помощи, стандартизации медицинских услуг, унификации формирования государственных статистических отчетов медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и осуществляющих деятельность в сфере ОМС, учет и оплата амбулаторно-поликлинической помощи производится по законченным случаям поликлинического обслуживания.

2. Случай поликлинического обслуживания включает в себя весь перечень услуг, оказываемых в медицинских организациях, по одному поводу обращения (причине, по которой пациент обратился в поликлинику). Может:

2.1. включать только диагностику, только лечение, только получение справки или сочетание различных услуг;

2.2. состоять из одного или нескольких посещений к врачу, во вспомогательные лечебные и диагностические подразделения (физиолечение, рентгенологическое исследование, ЭКГ и т.п.).

3. Под законченным случаем поликлинического обслуживания понимается:

3.1. законченный случай лечения при следующих исходах заболевания:

3.1.1. выздоровление, в т.ч. закрытие листка нетрудоспособности у работающих пациентов;

3.1.2. улучшение состояния здоровья; в т.ч. достижение ремиссии, снятие с диспансерного учета;

3.1.3. состояние здоровья без изменения;

3.1.4. ухудшение, в т.ч. перевод на инвалидность;

3.2. перевод в другую медицинскую организацию;

3.3. госпитализация в круглосуточный, дневной стационары или стационар на дому;

3.4. летальный исход;

3.5. каждый случай диспансерного наблюдения в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи;

3.6. законченный случай диспансеризации, медицинского осмотра;

3.7. законченная консультация;

3.8. прочие завершённые случаи, когда цель обращения достигнута (оформление санаторно-курортной карты, выдача справки, выписка рецепта (при условии осмотра пациента и записи в амбулаторной карте и т.д.);

3.9. случай лечения (обследования), когда пациент прерывает его по собственной инициативе или прекращается контакт с пациентом по инициативе медицинской организации (например, нарушение режима). При этом случай закрывается заведующим отделением с соответствующей пометкой в амбулаторной карте и в талоне амбулаторного пациента;

3.10. незаконченные случаи лечения (обследования), если случай длится очень долго. При наблюдении женщины с нормальной беременностью случай поликлинического обслуживания закончен, если женщина обследована, проконсультирована у специалистов, ей даны необходимые рекомендации и назначен срок следующей явки к врачу.

4.1. При выздоровлении, при острых заболеваниях или снятии процесса обострения при хронических заболеваниях законченным считается поликлиническое обслуживание, когда больной полностью обследован, получил необходимые консультации и рекомендации и либо выписан на работу и дальнейшей явки к врачу данной специальности не требуется, т.к. наступило выздоровление или состояние больного настолько улучшилось, что он может самостоятельно продолжить лечение, рекомендованное врачами.

4.2. При обращении пациента самостоятельно или по направлению лечащего врача в период острого протекания болезни или ее обострения к врачам разных специальностей законченным считается случай у лечащего врача. У врачей-консультантов консультации могут учитываться как единичное посещение при этом в графе талона амбулаторного пациента «Исход обращения» подчеркивается «случай завершен», в графе «Основной диагноз» указывается диагноз врача-консультанта (по своей специальности).

4.3. Если при консультации больному устанавливается заболевание, то законченным случай обслуживания у данного врача будет считаться после лечения и установления исхода заболевания или направления пациента для дальнейшего лечения на госпитализацию или в другую медицинскую организацию.

4.4. Критерии законченного случая при хроническом заболевании вне обострения без потери трудоспособности или ухудшения здоровья зависят от цели обращения пациента.

Так, при обращении больного с лечебно-диагностической целью случай закончен, если больному назначено либо скорректировано лечение, осуществлен контроль за состоянием здоровья и даны необходимые рекомендации, при необходимости проведено обследование и повторного обращения с данной целью по данному диагнозу к специалистам всех специальностей не было в течение одного месяца.

4.5. При патологии беременности повод обращения лечебно-диагностический. Случай закончен после проведения необходимого лечения и наступления родов или установления диагноза выздоровления по данной патологии.

4.6. При обращении с тяжелым хроническим заболеванием вне обострения при состоянии, частично либо полностью лишаящем больного способности к самообслуживанию, к передвижению (престарелые одинокие больные, больные с нарушением мозгового кровообращения, урологические, онкологические больные, инвалиды и др.) устанавливается лечебно-диагностическая цель обращения в связи с динамическим наблюдением за состоянием здоровья. При этом случай закончен, если больному скорректировано лечение, осуществлен контроль за состоянием здоровья, даны необходимые рекомендации и повторного обращения не было в течение одного месяца.

4.7. При обращении пациента, у которого имеются несколько хронических заболеваний, с данной целью к врачам соответствующих специальностей законченным считается случай у врача каждой из этих специальностей.

4.8. При диспансеризации по хроническому заболеванию вне обострения случай закончен, если больной обследован, проконсультирован у специалистов, ему даны необходимые рекомендации, т.е. выполнены мероприятия, определенные соответствующими документами о проведении диспансеризации.

При проведении диспансеризации у врача одной специальности по разным диспансируемым диагнозам в одни и те же календарные сроки законченным считается случай по одному условно выделенному основному диагнозу.

При проведении диспансеризации по разным нозологическим формам у врачей разных специальностей в одни и те же календарные сроки законченными считаются случаи с диспансерной целью у каждого специалиста.

4.9. При проведении диспансеризации или медицинского осмотра 1 этап является законченным после проведения необходимого обследования и осмотров специалистов, в

графе «Заключительный диагноз» талона амбулаторного пациента вносится заключение «здоров», либо подтверждение существующего хронического заболевания.

При подозрении на какое-либо заболевание проводятся дополнительные обследования и консультации (2 этап диспансеризации или медицинского осмотра). Консультативной цели обязательно предшествует направление от врача другой специальности. При этом законченным случай считается у врача, который оформляет окончательное заключение.

С целью последующего оформления электронного реестра счетов в талоне амбулаторного пациента учитывается вид и этап медицинского осмотра (диспансеризации), группа здоровья и код региональной медико-экономической модели (для 1 этапа)

4.10. Профилактическими являются поводы обращений при нормальной беременности, обращения женщин за направлением на аборт, по поводу аборт, проводимых в поликлинике, аборт, проведенных в стационаре, применения противозачаточных средств.

4.11. Обследование и оформление документов на санаторно-курортное лечение проводится по прочей цели обращения, и случай считается законченным у врача, заполнившего санаторно-курортную карту.

4.12. При обращении за оформлением льготных рецептов повод обращения указывается лечебно-диагностический, в пункте талона амбулаторного пациента «Исход обращения» подчеркивается «случай завершен».

ПОРЯДОК УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ВЕДУЩЕГО САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ

1. Средний медицинский персонал (далее – СМП), ведущий самостоятельный прием и осуществляющий оказание лечебно-профилактической помощи (вместо врача):

Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом (фельдшер, акушерка) организует лечебно-профилактическую и санитарно-профилактическую работу в соответствии с Положением о фельдшерско-акушерском пункте (далее – ФАП), руководит работой персонала ФАП. Оказывает доврачебную медицинскую помощь населению на территории деятельности ФАП: ведет амбулаторный прием на ФАП; ведет больных на дому; оказывает первую неотложную медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечения, отравления и др.). Выполняет врачебные назначения. Подготавливает больных к приему врачом на ФАП. Участвует в диспансеризации населения. Проводит профилактические прививки и диагностические пробы взрослому населению; противоэпидемические и противопаразитарные мероприятия; подворные обходы по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания. Обследует в пределах своей компетенции и профессиональных прав население, устанавливает диагнозы, назначает и проводит лечение, выполняет медицинские манипуляции и профилактическую работу. Выдает больничные листы, справки и другие документы медицинского характера в установленном порядке. При отсутствии в штате ФАП других средних медицинских работников заведующий ФАП выполняет их обязанности в пределах своей компетенции;

Акушерка оказывает доврачебную медицинскую помощь беременным женщинам и гинекологическим больным, устанавливает предварительный диагноз и срок беременности. Принимает нормальные роды. Проводит диспансеризацию и патронаж беременных, родильниц, гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер. Оказывает экстренную доврачебную акушерскую и гинекологическую помощь, неотложную доврачебную помощь новорожденным. Проводит санитарно-гигиеническое обучение женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем. Наблюдает за состоянием здоровья и развития детей первого года жизни;

Фельдшер осуществляет оказание лечебно-профилактической и санитарно-профилактической помощи, первой неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях. Диагностирует типичные случаи наиболее часто встречающихся заболеваний и назначает лечение, используя при этом современные методы терапии и профилактики заболеваний, выписывает рецепты. Оказывает доврачебную помощь, принимает нормальные роды. Организует и проводит диспансерное наблюдение за различными группами населения (дети; подростки; беременные женщины; участники и инвалиды войн; пациенты, перенесшие острые заболевания; пациенты, страдающие хроническими заболеваниями). Организует и проводит профилактические прививки детям и взрослым. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности.

Зубной врач осуществляет диагностику и лечение заболеваний и поражений зубов, полости рта и челюстно-лицевой области в соответствии с профилем занимаемой должности. Проводит местную и проводниковую анестезию, осуществляет оперативное удаление зуба при ограниченных воспалительных процессах. Проводит работу по профилактике заболеваний и поражений зубов, санации полости рта у детей и взрослых.

2. Информация по посещениям СМП, ведущего самостоятельный прием, как и по посещениям врачей, учитывается в учетной форме № 025-10/у-04 «Талон амбулаторного

пациента», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.02.97 № 46 (далее – Талон).

Талон заполняется на случаи обслуживания в амбулаторно-поликлинических условиях (обращения), которые включают в себя весь перечень услуг, оказываемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении или подразделении (на ФАП, здравпункте, в детском школьно-дошкольном отделении) по одному поводу обращения (причине, по которой пациент обратился в поликлинику).

Законченный случай поликлинического обслуживания включает в себя число посещений пациента, в результате которых повод обращения завершен. Талон закрывается только после завершения обращения.

3. Случай считается законченным:

3.1. при поводе обращения профилактическом – когда пациент прошел профилактический осмотр;

3.2. при поводе обращения лечебно-диагностическом – когда:

3.2.1. пациент вылечился или достиг ремиссии или окончил курс лечения (улучшил или ухудшил свое состояние, остался без изменения или умер);

3.2.2. получил направление в другую медицинскую организацию (в т.ч. в стационар);

3.2.3. получил консультацию по дальнейшим действиям (лечению, диагностике, образе жизни и т.п.);

3.2.4. получил рецепт, справку, выписку из медицинских документов;

3.3. при поводе обращения диспансерное наблюдение – когда пациент был осмотрен всеми необходимыми при его заболевании специалистами и сделано заключение о дальнейших действиях (продолжать лечение, изменить лечение, снять с учета и т.п.).

4. Законченный случай лечения может:

4.1. включать только диагностику, только лечение, только получение справки, рецепта, или сочетание различных услуг.

4.2. заканчиваться не только при излечении (ремиссии) пациента, но и если пациент прервал лечение и больше не появился; при направлении пациента в стационар или другое подразделение медицинской организации; при наступлении смерти пациента (случай поликлинического обслуживания предполагает и посещение пациента на дому для констатации смерти).

4.3. состоять из одного или нескольких посещений;

4.4. совпадать со сроками лечения пациента полностью (если всё лечение от начала до конца проходило в данном амбулаторном подразделении) или лишь частично (если пациент пришел после госпитализации или направляется из амбулаторно-поликлинического учреждения в другую медицинскую организацию, стационар, ФАП);

4.5. заканчиваться (с оформлением счета на оплату) и затем продолжаться с другим номером Талона в той же медицинской организации, если случай длится очень долго (например, наблюдение за беременной или лечение травмы).

5. Посещение – это контакт пациента с врачом или со средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме в медицинской организации или при оказании медицинской помощи на дому (вместо врача) по любому поводу, связанному с оказанием медицинской помощи, включающий комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических услуг с последующей записью в карте амбулаторного пациента (запись анамнеза, осмотра и динамического наблюдения, постановка диагноза и назначение лечения, проводимые во время приема процедуры или исследования) и оформлением Талона.

6. Учету в Талоне подлежат следующие посещения СМП, ведущего самостоятельный прием:

- 6.1. при отсутствии в поликлинике (амбулатории) врача, когда СМП (фельдшер, акушерка) официально (по приказу главного врача) замещает его;
 - 6.2. посещения фельдшера, акушерки сельских амбулаторий, участковых больниц;
 - 6.3. посещения фельдшера здравпункта;
 - 6.4. посещения фельдшера, акушерки ФАП;
 - 6.5. посещения фельдшера в школьных учреждениях;
 - 6.6. посещения акушерки смотрового кабинета;
 - 6.7. посещения зубного врача.
7. Работающий одновременно с врачом СМП (участковые медсестры, медсестры врача общей практики, акушерки, медсестры специализированных приемов, медсестры врачебных здравпунктов, зубные врачи); работающие без врача СМП вспомогательных подразделений (процедурных кабинетов, физиотерапевтических, ЛФК, функциональной диагностики, рентгенодиагностики, флюорографии и т.п.), СМП специализированных приемов, медсестры ФАП, амбулаторий и участковых больниц всю выполненную работу учитывают в утвержденных учетных документах. Данные объемы работы не подлежат отдельной оплате, и в Талон как самостоятельные посещения СМП не включаются.
8. Выполнение СМП функций процедурного или физиотерапевтического кабинета (например, процедуры на ФАП), т.е. осуществление только процедур, следует учитывать отдельно в соответствующих журналах и картах учета, и в Талон выполненные процедуры в качестве самостоятельных посещений СМП не включаются.
9. Если при приеме пациента СМП ФАП одновременно выполняются и процедуры, то данное посещение отражается в амбулаторной карте, в Талоне, а процедура – в журнале. Данное посещение рекомендуется классифицировать как «посещение фельдшера (акушерки) ФАП совмещенное с процедурами».
10. Акушерки смотровых кабинетов осуществляют профилактические осмотры, однако, при выявлении заболевания, пациентка направляется к врачу, и данное посещение учитывается и кодируется (в соответствии с МКБ-Х) как посещение по поводу заболевания (лечебно-диагностический повод обращения).
11. Если в течение дня СМП принимал пациента несколько раз (или осуществлял на приеме дополнительное исследование или процедуры), то все посещения в течение одного дня у данного специалиста учитываются как одно посещение (т.е. в Талоне посещение указывается один раз).
12. Профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях (далее – ДДУ), школах, профилактические осмотры населения, включаются в число посещений независимо от того, проведены ли они в стенах поликлиники (амбулатории, ФАП, здравпункта) или непосредственно в учреждениях, при наличии соответствующей записи о проведенной работе в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у-04), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/у).
13. При проведении выездной работы – приема пациентов в стенах ФАП (здравпункта, школы, ДДУ, амбулаторий) врачами участковых или центральных районных (городских) больниц, амбулаторий, Талон заполняется только на посещения врачей, осуществляющих прием (в этом случае дополнительное заполнение Талонов СМП на ФАП (здравпункте, школе, ДДУ, амбулатории) не допускается).
14. Если случай обслуживания начат на ФАПе (здравпункте, в медицинском кабинете школьного или ДДУ), а затем пациент направляется к врачу поликлиники (амбулатории), то рекомендуется Талон на ФАП завершить с исходом обращения – «Направлен в амбулаторное подразделение другой медицинской организации). Врач, к которому направлен пациент, заводит новый Талон с другим номером во избежание потерь учетных форм при следовании пациента к врачу.

15. К посещениям СМП по поводу заболевания (повод обращения лечебно-диагностический или диспансерное наблюдение) относятся:

15.1. посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;

15.2. обращение пациента с жалобами, когда конкретное заболевание не выявлено, но пациент направлен для уточнения диагноза к другому специалисту (подозрение на заболевание);

15.3. посещения для лечения;

15.4. посещения диспансерным контингентом в период ремиссии, в том числе с целью выписки рецептов (необходимо опросить пациента, провести осмотр и сделать запись о динамическом наблюдении за ходом лечения пациента);

15.5. посещения больными в связи с оформлением на МСЭК, санаторно-курортной карты; открытие и закрытие листка нетрудоспособности, получения справки о болезни ребенка, направление на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям;

15.6. активные посещения на дому больных и диспансерного контингента в период ремиссии.

15.7. в случаях, если СМП при проведении профилактического осмотра выявил заболевание, требующее дальнейших мер (уточнения диагноза, проведения лечения и т.п.).

16. К посещениям СМП с профилактической целью относятся:

16.1. посещения по поводу осмотров при поступлении в ДДУ, контингентов, подлежащих периодическим осмотрам; осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний);

16.2. посещения беременных при нормальной беременности; посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт, применения противозачаточных средств; после медицинских абортов, проведенных в стационаре и т.д.;

16.3. патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, подворные обходы во время вспышки инфекционных заболеваний;

16.4. если СМП при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не выставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установления диагноза, посещение у СМП, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания. Таким образом, Талон у СМП (только заподозрившего заболевание) пройдет по поводу профилактического осмотра, а у специалиста (установившего диагноз) будет заполнен другой Талон, по поводу заболевания.

Приложение 3

к Положению о правилах и способах оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области

ПОРЯДОК

**возмещения гражданам денежных средств,
затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей
оплате за счет средств обязательного медицинского страхования**

1. Порядок возмещения гражданам денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) разработан в целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи на территории Кировской области в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н, Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Кировской области (далее – Территориальная программа), Тарифным соглашением по оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Кировской области (далее – Тарифное соглашение) и иными нормативными правовыми актами.

2. Настоящий Порядок предназначен для регламентирования действий страховых медицинских организаций (далее – СМО), медицинских организаций по возмещению гражданам денежных средств, затраченных на оплату медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

3. Медицинские организации в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор) несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4. В случае нарушения медицинскими организациями условий договора СМО вправе уменьшить представленный медицинской организацией счет на сумму выявленных дефектов из очередного платежа медицинской организации в соответствии с финансовыми санкциями, установленными Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи и применяемых финансовых санкций (приложение 11 к Тарифному соглашению).

5. Медицинская организация возмещает гражданам денежные средства в случаях:

5.1. Полной или частичной оплаты амбулаторно-поликлинической, стационарной и/или стационарозамещающей медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС, в соответствии с перечнем заболеваний и видов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой.

5.2. Приобретения назначенных лечащим врачом по медицинским показаниям лекарственных препаратов, расходных материалов и иных изделий медицинского назначения в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи при получении стационарной и/или стационарозамещающей медицинской помощи, а также при оказании экстренной и неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи (за исключением протезирования и приобретения брекет - систем).

6. Возмещение денежных средств производится медицинской организацией гражданину, затратившему денежные средства на оплату медицинской помощи, приобретение назначенных лечащим врачом лекарственных препаратов, расходных материалов и иных изделий медицинского назначения для лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию. В случае смерти гражданина, право на возмещение денежных средств переходит к его наследникам.

7. Для рассмотрения вопроса о возмещении денежных средств граждан представляется в СМО по месту страхования лица, которому оказывалась медицинская помощь, следующие документы:

7.1. Письменное заявление о возмещении денежных средств по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку;

7.2. Выписку из истории болезни (при наличии), а также документы, подтверждающие факт приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения, содержащие их названия, формы выпуска, количество и стоимость (кассовые и товарные чеки) или договор на оказание платных медицинских услуг (при наличии), квитанцию об оплате медицинских услуг или другие документы, подтверждающие факт получения медицинской организацией денежных средств.

7.3. Доверенность, свидетельство о праве на наследство при необходимости.

8. СМО после получения всех необходимых документов и при наличии счета от медицинской организации за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь организует проведение в медицинской организации медико-экономической экспертизы в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (далее – Порядок организации и проведения контроля), в срок, не превышающий 15 дней с момента регистрации заявления.

9. По результатам медико-экономической экспертизы составляется акт медико-экономической экспертизы по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, который подписывается врачом-экспертом, руководителем СМО и главным врачом медицинской организации в порядке, определенном Порядком организации и проведения.

10. В случае установления факта взимания в медицинской организации денежных средств при оказании застрахованному по ОМС лицу медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС в рамках Территориальной программы, медицинская организация возмещает гражданину понесенные им расходы.

СМО в течение 5 рабочих дней после проведения медико-экономической экспертизы направляет акт медико-экономической экспертизы в медицинскую организацию и письменно уведомляет заявителя о результатах экспертизы и принятом решении (о возмещении неправомерно понесенных расходов или об отказе в удовлетворении требований заявителя).

11. Основанием для возмещения денежных средств гражданину является акт медико-экономической экспертизы. При отсутствии разногласий с результатами медико-экономической экспертизы медицинская организация перечисляет денежные средства не позднее 25 рабочих дней с момента получения акта медико-экономической экспертизы на банковский счет заявителя или направляет в его адрес почтовым переводом (расходы по переводу в этом случае вычитаются из суммы, подлежащей возмещению гражданину).

При несогласии с результатами медико-экономической экспертизы медицинская организация направляет претензию в Фонд в течение 15 рабочих дней с момента получения акта медико-экономической экспертизы от СМО. В случае согласия Фонда с результатами медико-экономической экспертизы СМО медицинская организация перечисляет денежные средства заявителю в срок не позднее 10 рабочих дней с момента получения решения Фонда.

При несогласии с решением Фонда медицинская организация в течение 5 рабочих дней с момента получения решения направляет претензию в Областную медицинскую экспертную комиссию, утвержденную приказом департамента здравоохранения Кировской области и Фондом от 07.06.2007 № 275/146 «Об Областной медицинской экспертной комиссии». В случае если результаты рассмотрения Областной медицинской экспертной

комиссии совпадают с решением Фонда, медицинская организация перечисляет денежные средства заявителю в срок не позднее 5 рабочих дней с момента получения решения Областной медицинской экспертной комиссии.

СМО в течение 5 рабочих дней с момента получения решения Фонда (решения Областной медицинской экспертной комиссии) письменно уведомляет заявителя о результатах рассмотрения и принятом решении (о возмещении неправомерно понесенных расходов или об отказе в удовлетворении требований заявителя).

12. Медицинская организация в течение 5 рабочих дней со дня перечисления денежных средств заявителю направляет в СМО копии платежных документов.

13. Отчетность СМО по возмещению гражданам денежных средств утверждается Фондом.

Приложение 1
к Порядку возмещения
застрахованным по обязательному
медицинскому страхованию гражданам
личных средств, затраченных на
оплату медицинской помощи

Примерная форма

Руководителю СМО

_____ (наименование)

_____ (Ф.И.О.)

от _____ (Ф.И.О. заявителя)

Паспорт № _____
Выдан « ____ » _____

Зарегистрирован по адресу:

Полис ОМС серия _____
№ _____
Телефон: _____

Заявление о возмещении денежных средств

Прошу возместить мне расходы, понесенные при получении медицинских услуг в

_____ (наименование медицинской организации)

в сумме _____.

Мои денежные затраты возникли при следующих обстоятельствах:

Прилагаю на _____ листах следующие документы, подтверждающие факт получения медицинских услуг в медицинской организации (выписка из медицинской карты) и факт оплаты мною суммы, подлежащей возмещению (товарные и кассовые чеки):

1. _____
2. _____

3.

4. _____

Прошу возместить мне денежные средства путем (нужное подчеркнуть) почтового перевода, перевода денег на мой счет № _____

(банковские реквизиты заявителя)

Разрешаю пользоваться медицинской документацией по данному случаю оказания мне медицинской помощи.

Дата: « ____ » _____ 20__ года

Подпись _____ (Ф.И.О.)

Приложение 2
к Порядку возмещения
застрахованным по обязательному
медицинскому страхованию
гражданам личных средств,
затраченных на оплату медицинской
помощи

Акт медико-экономической экспертизы № _____

« ____ » _____ 20__ года

1. Наименование проверяющей организации: _____.

2. Ф.И.О. врача-эксперта: _____.

3. Наименование медицинской организации: _____.

4. Наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности:
лицензия № ____ от _____ действительна до _____ 20__ года.5. Ф.И.О. больного, дата рождения _____.
адрес регистрации _____.6. Номер и серия полиса _____,
наименование СМО _____.

7. Номер истории болезни _____.

8. Сроки лечения: с _____ по _____.

9. Клинический диагноз (код по МКБ):
основное заболевание _____.
сопутствующее _____.
осложнения _____.

10. Оказана экстренная (плановая) медицинская помощь. В случае оказания плановой медицинской помощи указать: кем направлен пациент.

11. Вид оказанной медицинской помощи: стационарная, амбулаторно-поликлиническая, дневной стационар.

12. В ходе проведения экспертизы выявлено:

12.1. Факт приобретения гражданином лекарственных препаратов, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре, дневном стационаре по назначению лечащего врача, а также при оказании экстренной и неотложной помощи подтвердился (не подтвердился)

_____.

12.2. Факт приобретения гражданином изделий медицинского назначения, необходимых для лечения в период пребывания в стационаре, дневном стационаре по назначению лечащего врача, а также при оказании экстренной и неотложной помощи подтвердился _____ (не _____ подтвердился)

12.3. Факт оплаты гражданином медицинской помощи (медицинских услуг), предусмотренной Территориальной программой ОМС, утвержденной постановлением Правительства Кировской области от _____ № _____ подтвердился (не подтвердился)

12.4. Лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, приобретенные гражданином, и оплаченные медицинские услуги были назначены лечащим врачом, о чем есть соответствующие записи в первичной медицинской документации (записи отсутствуют) _____:

| Финансовый документ (товарный чек, счет-фактура, договор на оказание платных мед. услуг) | Наименование ЛС и изделий медицинского назначения, медицинских услуг | Единица измерения | Количество | Цена (руб.) | Сумма (руб) |
|--|--|-------------------|------------|-------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | ИТОГО: | |

13. Заключение врача-эксперта: _____

14. Размер уменьшения оплаты медицинских услуг по выявленным дефектам:

| Источник информации (Фамилия, имя, отчество, № талона или медицинской карты) | Причина отказа | Основание уменьшения оплаты медицинских услуг | Размер уменьшения оплаты медицинской помощи, руб. | Сумма денежных средств для возмещения застрахованному, руб. |
|--|----------------|---|---|---|
| | | | | |
| | | ИТОГО: | | |

Копии заявления, кассовых и товарных чеков на _____ листах прилагаются.

Врач-эксперт:

Главный врач МО:

_____ (_____)

_____ (_____)

М.П.

Руководитель СМО:

_____ (_____)

М.П.

Приложение 4
к Положению о правилах и
способах оплаты медицинской
помощи по обязательному
медицинскому страхованию на
территории Кировской области

Таблица 1

Расчет остаточного дохода подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи
за _____ 20__ года

| (Наименование МО) | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|--|---|---|---|---|
| СМО | Количество прикрепленных | Адаптированный базовый норматив финансирования (АБНФ) | Норматив финансирования на коммунальные услуги (НФКУ) | Сумма АБНФ и НФКУ с учетом коэффициентов корректировки тарифов на поликлинику (КК) | Фактические расходы прикрепленного населения, обратившихся в другие МО к специалистам в соответствии с Перечнем специалистов | Остаточный доход по подушевому финансированию (руб.) |
| А | 1 | 2 | 3 | $4=(2+3)*КК$ | 5 | $6=4-5$ |
| | | | | | | |

Таблица 2

Расшифровка фактических расходов прикрепленного населения, обратившихся в
другие МО к специалистам в соответствии с Перечнем специалистов,
за _____ 20__ года

| (Наименование МО) | | | | |
|-------------------|--|--|-------------------------|-------------|
| Номер полиса ОМС | Профиль специалиста из Перечня специалистов | Медицинская организация, в которую обратился прикрепленный | Количество посещений | Сумма, руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |

Таблица 3

Обращения населения к специалистам из Перечня специалистов,
прикрепленных к другим МО, оплаченные за посещения,
за _____ 20__ года

| (Наименование МО) | | | | |
|-------------------|--|---|-------------------------|-------------|
| МО, прикрепления | Профиль специалиста из Перечня специалистов | История болести/талон амбулаторного пациента | Количество посещений | Сумма, руб. |
| 1 | 2 | 3 | 5 | 6» |
| | | | | |

Приложения 5, 6 к Положению о правилах и способах оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Кировской области представлены отдельным файлом в формате Excel.

Приложение 14
Тарифному соглашению по
оплате медицинской помощи
по обязательному
медицинскому страхованию
на территории Кировской
области на 2014 год
от 31.01.2014

1. Регламент формирования и представления реестров оказанной медицинской помощи, счетов и реестров счетов

1.1. Медицинские организации (далее – МО) формируют записи об оказанных медицинских услугах в электронном виде на каждого пациента. Совокупность таких записей образует реестр оказанной медицинской помощи (далее – реестр ОМП). Реестры ОМП передаются в Кировский областной территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС).

1.2. МО в течение первых 3 (трех) рабочих дней месяца передают по защищённому каналу связи ТФОМС (VipNet-сеть № 650) реестры ОМП в ТФОМС¹. В случае невозможности осуществления защищенного телекоммуникационного взаимодействия передача-приёмка реестров ОМП производится на электронных носителях в явочном порядке только в рабочее время ТФОМС².

1.3. Сроки приёма реестров ОМП могут быть изменены по решению ТФОМС в случае переноса выходных и нерабочих праздничных дней на другие дни в соответствии с федеральным законом или нормативным правовым [актом](#) Правительства Российской Федерации³. Информацию о сроках приёма реестров ОМП ТФОМС размещает на своём официальном сайте <http://www.kotfoms.kirov.ru>.

1.4. Полученные по истечении 3 (трех) рабочих дней месяца или другого дня в соответствии с п.1.3 настоящего регламента реестры ОМП обрабатываются ТФОМС в следующем месяце.

1.5. В срок до окончания 5 (пятого) рабочего дня месяца⁴ ТФОМС производит :

1.5.1. идентификацию застрахованных лиц по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц;

1.5.2. распределение записей реестров ОМП по страховым медицинским организациям (далее – СМО), ответственным за оплату счетов;

1.5.3. проведение форматно-логического контроля;

¹ глава V Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н

² п. 5.2.2 Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79

³ ст. 112 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ

⁴ п. 12 Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 30.12.2011

1.5.4. определение сумм, выставленных к оплате за оказанную медицинскую помощь;

1.5.5. выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

1.5.6. формирование и пересылку по защищённому каналу связи ТФОМС (ViPNet-сеть № 650) результатов обработки реестров ОМП в МО;

1.5.7. формирование и пересылку по защищённому каналу связи ТФОМС (ViPNet-сеть №650) реестров счетов в СМО и в МО.

1.6. В случае невозможности осуществления защищенного телекоммуникационного взаимодействия передача-приёмка результатов обработки реестров ОМП в МО или реестров счетов в СМО производится на электронных носителях в явочном порядке только в рабочее время ТФОМС⁵.

1.7. После получения результатов обработки реестров ОМП из ТФОМС МО выставляет счёт на оплату медицинской помощи в СМО на бумажном носителе⁶.

1.8. СМО передаёт информацию о проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в ТФОМС в сроки, предусмотренные договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования⁷.

2. Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в формате XML⁸

Д.1 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактических медицинским осмотрам взрослого населения

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

HPiNiPpNr_YUMMN.XML, где

- Н – константа, обозначающая передаваемые данные.
- P_i – параметр, определяющий организацию-источник:
 - Т – ТФОМС;
 - S – СМО;
 - М – МО.

⁵ п. 5.2.2 Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79

⁶ п. 126 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н и п. 12 Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утверждённых Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 30.12.2011

⁷ глава V Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н

⁸ На базе Приложения Д. Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79

- Ni – номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
- Pr – параметр, определяющий организацию – получателя:
 - Т – ТФОМС;
 - S – СМО;
 - М – МО.
- Nr – номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
- YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
- MM – порядковый номер месяца отчетного периода.
- N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации – получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

- соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;
- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;
- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;
- отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо N указывается V. Структура файла приведена в таблице Д.5.

Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

| Символ | Способ кодирования |
|-----------------------------|--------------------|
| двойная кавычка ("") | " |
| одинарная кавычка (') | ' |
| левая угловая скобка ("<") | < |
| правая угловая скобка (">") | > |
| амперсant ("&") | & |

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов – O, H, Y, M. Символы имеют следующий смысл:

- O – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
- H – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
- Y – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
- M – реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

- T – <текст> не допускается использование символов: процент (%), апостроф ('), нижнее подчёркивание (_);
 - N – <число>;
 - D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
 - S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.
- В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица Д.1 Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме высокотехнологической и по диспансеризации

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--|---------------------|-----|--------|--|--|--|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | | |
| ZL_LIST | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле | |
| | SCHET | O | S | Счёт | Информация о счёте | |
| | ZAP | OM | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи | |
| Заголовок файла | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «2.1» | |
| | DATA | O | D | Дата | В формате ГГГГ–ММ–ДД | |
| | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения | |
| Счёт | | | | | | |
| SCHET | CODE | O | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер) | |
| | CODE_MO | O | T(6) | Реестровый номер медицинской организации | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | YEAR | O | N(4) | Отчетный год | | |
| | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП | |
| | NSCHET | O | T(15) | Номер счёта | | Не более 5 символов для первичных счетов от МО в ТФОМС |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|---------------|---------------------|-----|---------|--------------------------------------|--|--|
| | DSCHET | O | D | Дата выставления счёта | В формате ГТГГ–ММ–ДД | |
| | PLAT | Y | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | SUMMAV | O | N(15.2) | Сумма МО, выставленная на оплату | | |
| | COMENTS | Y | T(250) | Служебное поле к счету | | |
| | SUMMAP | Y | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) | |
| | SANK_MEK | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК | |
| | SANK_MEE | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ | |
| | SANK_EKMP | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП | |
| Записи | | | | | | |
| ZAP | N_ZAP | O | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета | После определения ТФОМС фактического плательщика и сортировки по СМО может содержать разрывы в нумерации |
| | PR_NOV | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|----------------------------|---------------------|-----|--------|--|--|--|
| | | | | | исправления | |
| | PACIENT | O | S | Сведения о пациенте | | |
| | SLUCH | OM | S | Сведения о случае | | Не может являться множественным ввиду возможности смены реквизитов либо плательщика |
| Сведения о пациенте | | | | | | |
| PACIENT | ID_PAC | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных | |
| | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь». Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения |
| | SPOLIS | У | T(10) | Серия | | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|--|---|
| | | | | документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | |
| | NPOLIS | O | T(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП | Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь». Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения |
| | ST_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКATO территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных | ОКATO территории регистрации плательщика (Кировская область - 33000). Является обязательным для заполнения |
| | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | SMO_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО | Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|------------------------------|--|---|
| | | | | | | <p>медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь».</p> <p>Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения</p> |
| | SMO_OK | У | Т(5) | ОКАТО территории страхования | | |
| | SMO_NAM | У | Т(100) | Наименование СМО | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО | |
| | NOVOR | О | Т(9) | Признак новорождённого | <p>Указывается в случае оказания медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения</p> <p>0 – признак отсутствует.</p> <p>Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения;</p> | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------------------|---------------------|-----|--------|---|---|--|
| | | | | | ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков) | |
| | VNOV_D | У | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок | |
| Сведения о случае | | | | | | |
| SLUCH | IDCASE | О | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении | После определения ТФОМС фактического плательщика и сортировки по СМО может содержать разрывы в нумерации |
| | USL_OK | О | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006 Приложения А) | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | VIDPOM | О | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | FOR_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | NPR_MO | У | T(6) | Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|--|--|
| | EXTR | У | N(2) | Направление (госпитализация) | 1 – плановая; 2 – экстренная | |
| | LPU | О | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника | Ref_Otdel.RegKod |
| | PODR | У | N(8) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника | StrOtdel.RegKod |
| | PROFIL | О | N(3) | Профиль | Классификатор V002Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0 – нет, 1 – да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи | |
| | NHISTORY | О | T(50) | Номер истории болезни/талона амбулаторного пациента/карты вызова скорой медицинской помощи | | Допускается использование цифр, букв русского алфавита и символа точка (.) |
| | DATE_1 | О | D | Дата начала лечения | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DATE_2 | О | D | Дата окончания лечения | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|-------------------------------------|--|--|
| | | | | | | принимать значение 00:00:00 |
| | DS0 | Н | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии | |
| | DS1 | О | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики | |
| | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией | |
| | DS3 | УМ | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией | |
| | VNOV_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать | |
| | CODE MES1 | УМ | T(20) | Код МЭС | Классификатор | FSModel.Code |
| | CODE_MES2 | У | T(20) | Код МЭС сопутствующего заболевания | МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта | FSModel.Code |
| | RSLT | О | N(3) | Результат обращения/ госпитализации | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009) | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | ISHOD | О | N(3) | Исход | Классификатор | Справочник |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|---------|--|---|--|
| | | | | заболевания | исходов заболевания (Приложение А V012) | утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | PRVS | O | N(4) | Специальность лечащего врача/врача, закрывшего талон | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V015). Указывается значение параметра «Code» | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | VERS_SPEC | У | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Отсутствие поля обозначает использование справочника V004 | |
| | IDDOKT | O | T(25) | Код врача, закрывшего талон/историю болезни | Территориальный справочник | ZanDoljn.RegKod |
| | OS_SLUCH | HM | N(1) | Признак "Особый случай" при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента /родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество | |
| | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | ED_COL | У | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | | |
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | | |
| | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, | | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|----------------------------|---------------------|-----|---------|---------------------------------------|---|---|
| | | | | выставленная к оплате | | |
| | OPLATA | У | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ. | |
| | SUMP | У | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС). | |
| | SANK_IT | У | N(15.2) | Сумма санкций по случаю | Равна сумме описанных ниже санкций | |
| | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | | |
| | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая | |
| | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле | | После определения ТФОМС фактического плательщика и сортировки по СМО будет указан новый Номер счета: NSCHET=<новое значение> |
| Сведения о санкциях | | | | | | |
| SANK | S_CODE | О | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая | |
| | S_SUM | О | N(15.2) | Финансовая санкция | | |
| | S_TIP | О | N(1) | Тип санкции | 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП | |
| | S_OSN | О | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи | |
| | S_COM | У | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции. | |
| | S_IST | О | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО | |
| Сведения об услуге | | | | | | |
| USL | IDSERV | О | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|--------------------------------|--|--|
| | LPU | O | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника | Ref_Otdel.RegKod Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | PODR | У | N(8) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника | StrOtdel.RegKod Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль | Классификатор V002Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | VID_VME | У | T(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | 0 – нет, 1 – да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи | |
| | DATE_IN | O | D | Дата начала оказания услуги | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DATE_OUT | O | D | Дата окончания оказания услуги | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|---------|---|---|--|
| | | | | | | «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DS | O | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики | |
| | CODE_USL | O | T(20) | Код услуги | Территориальный классификатор услуг | FSMedUsl.Kod |
| | KOL_USL | O | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) | | |
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | | |
| | SUMV_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | | В случае, если тариф утверждается не на услугу, а на РМЭМ, либо законченный случай, либо КСГ и т.д., либо услуга выполнена за счет подушевого финансирования стоимость медицинской услуги =0 |
| | PRVS | O | N(9) | Специальность медработника, выполнившего услугу | | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | CODE_MD | O | T(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником | ZanDoljn.RegKod Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | | VERS_SPEC=VX XX, где VXXX – код используемого справочника медицинских специальностей для поля PRVS данной услуги |

Д.2 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

TRiNiPpNr_YYMMN.XML, где:

- T – константа, обозначающая передаваемые данные.
- Ri – параметр, определяющий организацию-источник:
 - T – ТФОМС;
 - S – СМО;
 - M – МО.
- Ni – номер источника (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
- Pp – параметр, определяющий организацию – получателя:
 - T – ТФОМС;
 - S – СМО;
 - M – МО.
- Nr – Номер получателя (двухзначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).
- YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.
- MM – порядковый номер месяца отчетного периода:
- N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации – получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

- соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;
- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;
- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;
- отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: вместо T указывается V. Структура файла приведена в таблице Д.5.

Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

| Символ | Способ кодирования |
|-----------------------------|--------------------|
| двойная кавычка (") | " |
| одинарная кавычка (') | ' |
| левая угловая скобка ("<") | < |
| правая угловая скобка (">") | > |

| | |
|-----------------|-------|
| амперсant ("&") | & |
|-----------------|-------|

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов – O, H, Y, M. Символы имеют следующий смысл:

- O – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
- H – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
- Y – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
- M – реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

- T – <текст> не допускается использование символов: процент (%), апостроф ('), нижнее подчёркивание (_);
- N – <число>;
- D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
- S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица Д.2 Файл со сведениями об оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--|---------------------|-----|--------|------------------------------|---|-------------------------------|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | | |
| ZL_LIST | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле | |
| | SCHET | O | S | Счёт | Информация о счёте | |
| | ZAP | OM | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи | |
| Заголовок файла | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «2.1» | |
| | DATA | O | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
| | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения | |
| Счёт | | | | | | |
| SCHET | CODE | O | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер) | |
| | CODE_MO | O | T(6) | Реестровый номер медицинской | Код МО – юридического лица. Заполняется | Справочник утвержден приказом |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|---------------|---------------------|-----|---------|--------------------------------------|--|--|
| | | | | организации | в соответствии со справочником F003 Приложения А | ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | YEAR | O | N(4) | Отчетный год | | |
| | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП | |
| | NSCHET | O | T(15) | Номер счёта | | Не более 5 символов для первичных счетов от МО в ТФОМС |
| | DSCHET | O | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
| | PLAT | Y | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | SUMMAV | O | N(15.2) | Сумма МО, выставленная на оплату | | |
| | COMENTS | Y | T(250) | Служебное поле к счету | | |
| | SUMMAP | Y | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) | |
| | SANK_MEK | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК | |
| | SANK_MEE | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ | |
| | SANK_EKMP | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП | |
| Записи | | | | | | |
| ZAP | N_ZAP | O | N(8) | Номер позиции | Уникально | После |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|----------------------------|---------------------|-----|--------|--|--|--|
| | | | | записи | идентифицирует запись в пределах счета | определения ТФОМС фактического плательщика и сортировки по СМО может содержать разрывы в нумерации |
| | PR_NOV | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления | |
| | PACIENT | O | S | Сведения о пациенте | | |
| | SLUCH | OM | S | Сведения о случае | | Не может являться множественным ввиду возможности смены реквизитов либо плательщика |
| Сведения о пациенте | | | | | | |
| PACIENT | ID_PAC | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных | |
| | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|---|---|
| | | | | | | <p>ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь».</p> <p>Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения</p> |
| | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | |
| | NPOLIS | О | Т(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП | <p>Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь».</p> <p>Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения</p> |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|------------------------------|--|---|
| | ST_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных | ОКАТО территории регистрации плательщика (Кировская область – 33000). Является обязательным для заполнения |
| | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО. | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | SMO_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО | Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь». Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения |
| | SMO_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования | | |
| | SMO_NAM | У | T(100) | Наименование СМО | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО | |
| | NOVOR | О | T(9) | Признак новорождённого | Указывается в случае оказания | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------------------|---------------------|-----|--------|-------------------------------------|--|---|
| | | | | | <p>медицинской помощи ребёнку до государственной регистрации рождения. 0 – признак отсутствует. Если значение признака отлично от нуля, он заполняется по следующему шаблону: ПДДММГГН, где П – пол ребёнка в соответствии с классификатором V005 Приложения А; ДД – день рождения; ММ – месяц рождения; ГГ – последние две цифры года рождения; Н – порядковый номер ребёнка (до двух знаков)</p> | |
| | VNOV_D | У | N(4) | Вес при рождении | <p>Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указан ребёнок</p> | |
| Сведения о случае | | | | | | |
| SLUCH | IDCASE | О | N(11) | Номер записи в реестре случаев | <p>Соответствует порядковому номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении</p> | <p>После определения ТФОМС фактического плательщика и сортировки по СМО может содержать разрывы в нумерации</p> |
| | USL_OK | О | N(2) | Условия оказания медицинской помощи | <p>Классификатор условий оказания медицинской помощи (V006</p> | <p>Справочник утвержден приказом ФФОМС от</p> |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|---|--|--|
| | | | | | Приложения А) | 07.04.2011 № 79 |
| | VIDPOM | О | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | FOR_POM | О | N(1) | Форма оказания медицинской помощи | Классификатор форм оказания медицинской помощи. Справочник V014 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | VID_HMP | О | T(9) | Вид высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор видов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V018 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | METHOD_HMP | О | N(3) | Метод высокотехнологичной медицинской помощи | Классификатор методов высокотехнологичной медицинской помощи. Справочник V019 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | NPR_MO | У | T(6) | Код МО, направившего на лечение (диагностику, консультацию) | Код МО – юридического лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | EXTR | У | N(2) | Направление (госпитализация) | 1 – плановая; 2 – экстренная | |
| | LPU | О | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника | Ref_Otdel.RegKod |
| | PODR | У | N(8) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника | StrOtdel.RegKod |
| | PROFIL | О | N(3) | Профиль | Классификатор V002 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|---|--|
| | DET | O | N(1) | Признак детского профиля | 0 – нет, 1 – да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи | |
| | NHISTORY | O | T(50) | Номер истории болезни/талона амбулаторного пациента/карты вызова скорой медицинской помощи | | Допускается использование цифр, букв русского алфавита и символа точка (.) |
| | DATE_1 | O | D | Дата начала лечения | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DATE_2 | O | D | Дата окончания лечения | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DS0 | H | T(10) | Диагноз первичный | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается при наличии | |
| | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики | |
| | DS2 | УМ | T(10) | Диагноз сопутствующего заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|--------|--------|---|--|--|
| | | | | | медицинской документацией | |
| | DS3 | УМ | T(10) | Диагноз осложнения заболевания | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики. Указывается в случае установления в соответствии с медицинской документацией | |
| | VNOV_M | УМ | N(4) | Вес при рождении | Указывается при оказании медицинской помощи недоношенным и маловесным детям. Поле заполняется, если в качестве пациента указана мать | |
| | CODE_MES1 | УМ | T(20) | Код МЭС | Классификатор | FSModel.Code |
| | CODE_MES2 | У | T(20) | Код МЭС сопутствующего заболевания | МЭС. Указывается при наличии утверждённого стандарта | FSModel.Code |
| | RSLT | О | N(3) | Результат обращения/ госпитализации | Классификатор результатов обращения за медицинской помощью (Приложение А V009) | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | ISHOD | О | N(3) | Исход заболевания | Классификатор исходов заболевания (Приложение А V012) | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | PRVS | О | N(4) | Специальность лечащего врача/ врача, закрывшего талон | Классификатор медицинских специальностей (Приложение А V015). Указывается значение параметра «Code» | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | VERS_SPEC | • У | T(4) | Код классификатора медицинских специальностей | Указывается код используемого справочника медицинских специальностей. Отсутствие поля обозначает использование | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|---------|--|--|--|
| | | | | | справочника V004 | |
| | IDDOKT | O | T(25) | Код врача, закрывшего талон/историю болезни | Территориальный справочник | ZanDoljn.RegKod |
| | OS_SLUCH | HM | N(1) | Признак «Особый случай» при регистрации обращения за медицинской помощью | Указываются все имевшиеся особые случаи. 1 – медицинская помощь оказана новорожденному ребенку до государственной регистрации рождения при многоплодных родах; 2 – в документе, удостоверяющем личность пациента/родителя (представителя) пациента, отсутствует отчество | |
| | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | ED_COL | Y | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | | |
| | TARIF | Y | N(15.2) | Тариф | | |
| | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | | |
| | OPLATA | Y | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ | |
| | SUMP | Y | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) | |
| | SANK_IT | Y | N(15.2) | Сумма санкций по случаю | Равна сумме описанных ниже санкций | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|----------------------------|---------------------|-----|---------|---------------------------------------|---|---|
| | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | | |
| | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая | |
| | COMENTSL | У | T(250) | Служебное поле | | |
| Сведения о санкциях | | | | | | |
| SANK | S_CODE | O | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая | |
| | S_SUM | O | N(15.2) | Финансовая санкция | | |
| | S_TIP | O | N(1) | Тип санкции | 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП | |
| | S_OSN | O | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи | |
| | S_COM | У | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции | |
| | S_IST | O | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО | |
| Сведения об услуге | | | | | | |
| USL | IDSERV | O | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая | |
| | LPU | O | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника | Ref_Otdel.RegKod Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | PODR | У | N(8) | Код отделения | Отделение МО лечения из регионального справочника | StrOtdel.RegKod Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | PROFIL | O | N(3) | Профиль | Классификатор V002Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|---------|--|--|--|
| | VID_VME | У | T(15) | Вид медицинского вмешательства | Указывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг (V001) | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | DET | О | N(1) | Признак детского профиля | 0 – нет, 1 – да. Заполняется в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи | |
| | DATE_IN | О | D | Дата начала оказания услуги | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DATE_OUT | О | D | Дата окончания оказания услуги | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DS | О | T(10) | Диагноз | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики | |
| | CODE_USL | О | T(20) | Код услуги | Территориальный классификатор услуг | FSMedUsl.Kod |
| | KOL_USL | О | N(6.2) | Количество услуг (кратность услуги) | | |
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | | |
| | SUMV_USL | О | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | | В случае, если тариф утверждается не на услугу, а на РМЭМ, либо законченный случай, либо КСГ и т.д., либо услуга выполнена за счет |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|---|---|--|
| | | | | | | подушевого финансирования стоимость медицинской услуги =0 |
| | PRVS | O | N(9) | Специальность медработника, выполнившего услугу | | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | CODE_MD | O | T(25) | Код медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | В соответствии с территориальным справочником | ZanDoljn.RegKod Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | | VERS_SPEC=VX XX, где VXXX – код используемого справочника медицинских специальностей для поля PRVS данной услуги |

Д.3 Информационное взаимодействие между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи по диспансеризации, медицинским осмотрам несовершеннолетних и профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения

Информационные файлы имеют формат XML с кодовой страницей Windows-1251.

Файлы пакета информационного обмена должны быть упакованы в архив формата ZIP. Имя файла формируется по следующему принципу:

XPiNiPpNr_YYMMN.XML, где:

- X – одна из констант, обозначающая передаваемые данные:
 - DP – для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
 - DV – для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;
 - DO – для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках профилактических осмотров взрослого населения;
 - DS – для реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
 - DU – для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках диспансеризации детей-сирот и детей,

оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

- DF – для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (профилактических);

- DD – для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (предварительных);

- DR – для реестров на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках медицинских осмотров несовершеннолетних (периодических);

- Pi – параметр, определяющий организацию-источник:

- T – ТФОМС;

- S – СМО;

- M – МО.

- Ni – номер источника (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

- Pr – параметр, определяющий организацию – получателя:

- T – ТФОМС;

- S – СМО;

- M – МО.

- Nr – номер получателя (двузначный код ТФОМС или реестровый номер СМО или МО).

- YY – две последние цифры порядкового номера года отчетного периода.

- MM – порядковый номер месяца отчетного периода:

- N – порядковый номер пакета. Присваивается в порядке возрастания, начиная со значения «1», увеличиваясь на единицу для каждого следующего пакета в данном отчетном периоде.

При осуществлении информационного обмена на программных средствах организации – получателя производится автоматизированный форматно-логический контроль (ФЛК):

- соответствия имени архивного файла пакета данных отправителю и отчетному периоду;

- возможности распаковки архивного файла без ошибок стандартными методами;

- наличия в архивном файле обязательных файлов информационного обмена;

- отсутствия в архиве файлов, не относящихся к предмету информационного обмена.

Результаты ФЛК должны доводиться в виде Протокола ФЛК. Имя файла соответствует имени основного, за исключением первого символа: в качестве константы указывается V. Структура файла приведена в таблице Д.5.

Следует учитывать, что некоторые символы в файлах формата XML кодируются следующим образом:

| Символ | Способ кодирования |
|-----------------------|--------------------|
| двойная кавычка (") | " |
| одинарная кавычка (') | ' |

| | |
|-----------------------------|-------|
| | |
| левая угловая скобка ("<") | < |
| правая угловая скобка (">") | > |
| амперсant ("&") | & |

В столбце «Тип» указана обязательность содержимого элемента (реквизита), один из символов – О, Н, У, М. Символы имеют следующий смысл:

- О – обязательный реквизит, который должен обязательно присутствовать в элементе;
- Н – необязательный реквизит, который может, как присутствовать, так и отсутствовать в элементе. При отсутствии, не передается.
- У – условно-обязательный реквизит. При отсутствии, не передается.
- М – реквизит, определяющий множественность данных, может добавляться к указанным выше символам.

В столбце «Формат» для каждого атрибута указывается – символ формата, а вслед за ним в круглых скобках – максимальная длина атрибута.

Символы формата соответствуют вышеописанным обозначениям:

- Т – <текст> не допускается использование символов: процент (%), апостроф ('), нижнее подчёркивание (_);
- N – <число>;
- D – <дата> в формате ГГГГ-ММ-ДД;
- S – <элемент>; составной элемент, описывается отдельно.

В столбце «Наименование» указывается наименование элемента или атрибута.

Таблица Д.3 Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--|---------------------|-----|--------|-----------------------|---|----------------------|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | | |
| ZL_LIST | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле | |
| | SCHET | O | S | Счёт | Информация о счёте | |
| | ZAP | OM | S | Записи | Записи о случаях оказания медицинской помощи | |
| Заголовок файла | | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «2.1» | |
| | DATA | O | D | Дата | В формате ГГГГ-ММ-ДД | |
| | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения | |
| Счёт | | | | | | |
| SCHET | CODE | O | N(8) | Код записи счета | Уникальный код (например, порядковый номер) | |
| | CODE_MO | O | T(6) | Реестровый номер | Код МО – юридического | Справочник утвержден |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|---------|--------------------------------------|--|--|
| | | | | медицинской организации | лица. Заполняется в соответствии со справочником F003 Приложения А | приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | YEAR | O | N(4) | Отчетный год | | |
| | MONTH | O | N(2) | Отчетный месяц | В счёт могут включаться случаи лечения за предыдущие периоды, если ранее они были отказаны по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП | |
| | NSCHET | O | T(15) | Номер счёта | | Не более 5 символов для первичных счетов от МО в ТФОМС |
| | DSCHET | O | D | Дата выставления счёта | В формате ГГГГ–ММ–ДД | |
| | PLAT | Y | T(5) | Плательщик. Реестровый номер СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться. | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | SUMMAV | O | N(15.2) | Сумма МО, выставленная на оплату | | |
| | COMENTS | Y | T(250) | Служебное поле к счету | | |
| | SUMMAP | Y | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) | |
| | SANK_MEK | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭК) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭК, заполняется после проведения МЭК | |
| | SANK_MEE | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (МЭЭ) | Сумма, снятая с оплаты по результатам МЭЭ, заполняется после проведения МЭЭ | |
| | SANK_EKMP | Y | N(15.2) | Финансовые санкции (ЭКМП) | Сумма, снятая с оплаты по результатам ЭКМП, заполняется после проведения ЭКМП | |
| | DISP | Y | T(3) | Тип диспансеризации | Классификатор типов диспансеризации | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|----------------------------|---------------------|-----|--------|--|--|---|
| | | | | | V016 | |
| Записи | | | | | | |
| ZAP | N_ZAP | O | N(8) | Номер позиции записи | Уникально идентифицирует запись в пределах счета | После определения ТФОМС фактического плательщика и сортировки по СМО может содержать разрывы в нумерации |
| | PR_NOV | O | N(1) | Признак исправленной записи | 0 – сведения об оказанной медицинской помощи передаются впервые; 1 – запись передается повторно после исправления | |
| | PACIENT | O | S | Сведения о пациенте | | |
| | SLUCH | OM | S | Сведения о случае | | Не может являться множественным ввиду возможности смены реквизитов либо плательщика |
| Сведения о пациенте | | | | | | |
| PACIENT | ID_PAC | O | T(36) | Код записи о пациенте | Возможно использование уникального идентификатора (учетного кода) пациента. Необходим для связи с файлом персональных данных | |
| | VPOLIS | O | N(1) | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Заполняется в соответствии с F008 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|---|---|
| | | | | | | <p>которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь».</p> <p>Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения</p> |
| | SPOLIS | У | Т(10) | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | | |
| | NPOLIS | О | Т(20) | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС | Для полисов единого образца указывается ЕНП | <p>Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь».</p> <p>Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения</p> |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------------------|---------------------|-----|--------|--------------------------------|--|---|
| | ST_OKATO | У | T(5) | Регион страхования | Указывается ОКАТО территории выдачи ДПФС для полисов старого образца при наличии данных | ОКАТО территории регистрации плательщика (Кировская область – 33000). Является обязательным для заполнения |
| | SMO | У | T(5) | Реестровый номер СМО | Заполняется в соответствии со справочником F002 Приложения А. При отсутствии сведений может не заполняться | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | SMO_OGRN | У | T(15) | ОГРН СМО | Заполняются при невозможности указать реестровый номер СМО | Является условно-обязательным (обязательно при наличии сведений) для условий оказания медицинской помощи «Скорая медицинская помощь», а так же для лиц, не подлежащих ОМС, которым была оказана медицинская помощь по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь». Для прочих условий и категорий застрахованных лиц является обязательным для заполнения |
| | SMO_OK | У | T(5) | ОКАТО территории страхования | | |
| | SMO_NAM | У | T(100) | Наименование СМО | Заполняется при невозможности указать ни реестровый номер, ни ОГРН СМО | |
| Сведения о случае | | | | | | |
| SLUCH | IDCASE | О | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Соответствует порядковому | После определения ТФОМС |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|---------------------------|---|--|
| | | | | | номеру записи реестра счёта на бумажном носителе при его предоставлении | фактического плательщика и сортировки по СМО может содержать разрывы в нумерации |
| | VIDPOM | O | N(4) | Вид медицинской помощи | Классификатор видов медицинской помощи. Справочник V008 Приложения А | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | LPU | O | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника | Ref_Otdel.RegKod |
| | NHISTORY | O | T(50) | Номер карты | | Допускается использование цифр, букв русского алфавита и символа точка (.) |
| | DATE_1 | O | D | Дата начала лечения | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DATE_2 | O | D | Дата окончания лечения | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DS1 | O | T(10) | Диагноз основной | Код из справочника МКБ до уровня подрубрики | |
| | RSLT_D | O | N(1) | Результат диспансеризации | Классификатор результатов диспансеризации | Справочник утвержден приказом ФФОМС |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|----------------------------|---------------------|-----|---------|---|--|--|
| | | | | | V017 | от 07.04.2011 № 79 |
| | IDSP | O | N(2) | Код способа оплаты медицинской помощи | Классификатор способов оплаты медицинской помощи V010 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | ED_COL | Y | N(5.2) | Количество единиц оплаты медицинской помощи | | |
| | TARIF | Y | N(15.2) | Тариф | | |
| | SUMV | O | N(15.2) | Сумма, выставленная к оплате | | |
| | OPLATA | Y | N(1) | Тип оплаты | Оплата случая оказания медпомощи: 0 – не принято решение об оплате 1 – полная; 2 – полный отказ; 3 – частичный отказ | |
| | SUMP | Y | N(15.2) | Сумма, принятая к оплате СМО (ТФОМС) | Заполняется СМО (ТФОМС) | |
| | SANK_IT | Y | N(15.2) | Сумма санкций по случаю | Равна сумме описанных ниже санкций | |
| | SANK | УМ | S | Сведения о санкциях | | |
| | USL | УМ | S | Сведения об услуге | Описывает услуги, оказанные в рамках данного случая | |
| | COMENTSL | Y | T(250) | Служебное поле | | |
| Сведения о санкциях | | | | | | |
| SANK | S_CODE | O | T(36) | Идентификатор санкции | Уникален в пределах случая. | |
| | S_SUM | O | N(15.2) | Финансовая санкция | | |
| | S_TIP | O | N(1) | Тип санкции | 1 – МЭК, 2 – МЭЭ, 3 – ЭКМП | |
| | S_OSN | O | N(3) | Код причины отказа (частичной) оплаты | F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи | |
| | S_COM | Y | T(250) | Комментарий | Комментарий к санкции | |
| | S_IST | O | N(1) | Источник | 1 – СМО/ТФОМС к МО | |
| Сведения об услуге | | | | | | |
| USL | IDSERV | O | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Уникален в пределах случая | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|---------|--|--|--|
| | LPU | O | T(6) | Код МО | МО лечения, указывается в соответствии с реестром F003 | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | LPU_1 | У | T(8) | Подразделение МО | Подразделение МО лечения из регионального справочника | Ref_Otdel.RegKod Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | DATE_IN | O | D | Дата начала оказания услуги | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | DATE_OUT | O | D | Дата окончания оказания услуги | | В формате ГГГГ–ММ–ДД чч:мм:сс (24–часовой формат). Для условий оказания «Поликлиника» и «Дневной стационар» чч:мм:сс могут принимать значение 00:00:00 |
| | TARIF | У | N(15.2) | Тариф | | |
| | SUMV_USL | O | N(15.2) | Стоимость медицинской услуги, принятая к оплате (руб.) | | В случае, если тариф утверждается не на услугу, а на РМЭМ, либо законченный случай, либо КСГ и т.д., либо услуга выполнена за счет подушевого финансирования стоимость медицинской услуги =0 |
| | PRVS | O | N(9) | Специальность медработника, выполнившего услугу | | Справочник утвержден приказом ФФОМС от 07.04.2011 № 79 |
| | CODE MD | O | T(25) | Код | В соответствии с | ZanDoljn.RegKod |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация | Комментарий ТФОМС |
|--------------|---------------------|-----|--------|---|------------------------------|--|
| | | | | медицинского работника, оказавшего медицинскую услугу | территориальным справочником | Является обязательным, кроме случаев оказания медицинской помощи внешним исполнителем |
| | COMENTU | У | T(250) | Служебное поле | | VERS_SPEC=VXX X, где VXXX – код используемого справочника медицинских специальностей для поля PRVS данной услуги |

Д.4 Структура общих файлов информационного обмена

Таблица Д.4 Файл персональных данных

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо Н,Т или Х указывается L.

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--|---------------------|-----|--------|-----------------------|---|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | |
| PERS_LIST | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
| | PERS | OM | S | Данные | Содержит персональные данные пациента |
| Заголовок файла | | | | | |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «2.1» |
| | DATA | O | D | Дата | В формате ГГГГ–ММ–ДД |
| | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
| | FILENAME1 | O | T(26) | Имя основного файла | Имя файла, с которым связан данный файл, без расширения |
| Данные | | | | | |
| PERS | ID_PAC | O | T(36) | Код записи о пациенте | Соответствует аналогичному номеру в файле со сведениями счетов об оказанной медицинской помощи |
| | FAM | У | T(40) | Фамилия пациента | FAM (фамилия) и/или IM (имя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо реквизита в |
| | IM | У | T(40) | Имя пациента | |
| | OT | У | T(40) | Отчество пациента | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|------------------------|--|
| | | | | | <p>документе УДЛ в поле DOST обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается.</p> <p>ОТ (отчество) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не указывается и в поле DOST можно опустить соответствующее значение.</p> <p>Для детей при отсутствии данных ФИО до государственной регистрации не указываются. В этом случае значение поля NOVOR должно быть отлично от нуля</p> |
| | W | O | N(1) | Пол пациента | Заполняется в соответствии с классификатором V005 Приложения А |
| | DR | O | D | Дата рождения пациента | <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST должно быть указано значение «4».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST должно быть указано значение «5».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты</p> |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|---------------------------------------|---|
| | | | | | рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно |
| | DOST | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации пациента | 1 – отсутствует отчество; 2 – отсутствует фамилия; 3 – отсутствует имя; 4 – известен только месяц и год даты рождения; 5 – известен только год даты рождения; 6 – дата рождения не соответствует календарю. Поле повторяется столько раз, сколько особых случаев имеет место |
| | FAM_P | У | T(40) | Фамилия представителя пациента | Заполняются данные о представителе пациента-ребёнка до государственной регистрации рождения. Реквизиты указываются обязательно, если значение поля NOVOR отлично от нуля. FAM_P (фамилия представителя) и/или IM_P (имя представителя) указываются обязательно при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия кого-либо реквизита в документе УДЛ в поле DOST_P обязательно включается соответствующее значение, и реквизит не указывается. OT_P (отчество представителя) указывается при наличии в документе УДЛ. В случае отсутствия реквизит не |
| | IM_P | У | T(40) | Имя представителя пациента | |
| | OT_P | У | T(40) | Отчество представителя пациента | |
| | W_P | У | N(1) | Пол представителя пациента | |
| | DR_P | У | D | Дата рождения представителя пациента | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|--|
| | | | | | <p>указывается и в поле DOST_P можно опустить соответствующее значение.</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан день рождения, то он принимается равным «01». При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «4».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, не указан месяц рождения, то месяц рождения принимается равным «01» (январь). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «5».</p> <p>Если в документе, удостоверяющем личность, дата рождения не соответствует календарю, то из такой даты должны быть удалены ошибочные элементы и указана часть даты рождения с точностью до года или до месяца (как описано выше). При этом в поле DOST_P должно быть указано значение «6», а также значение «4» или «5» соответственно</p> |
| | DOST_P | УМ | N(1) | Код надёжности идентификации представителя | <p>1 – отсутствует отчество;</p> <p>2 – отсутствует фамилия;</p> <p>3 – отсутствует имя;</p> <p>4 – известен только месяц и год даты рождения;</p> <p>5 – известен только год даты рождения;</p> <p>6 – дата рождения не соответствует календарю.</p> <p>Поле повторяется столько раз, сколько</p> |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|---|
| | | | | | особых случаев имеет место |
| | MR | У | T(100) | Место рождения пациента или представителя | Место рождения указывается в том виде, в котором оно записано в предъявленном документе, удостоверяющем личность |
| | DOCTYPE | У | T(2) | Тип документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | F011 «Классификатор типов документов, удостоверяющих личность». При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться. |
| | DOCSER | У | T(10) | Серия документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться |
| | DOCNUM | У | T(20) | Номер документа, удостоверяющего личность пациента или представителя | При указании ЕНП в соответствующем основном файле, поле может не заполняться |
| | SNILS | У | T(14) | СНИЛС пациента или представителя | СНИЛС с разделителями. Указывается при наличии |
| | OKATOG | У | T(11) | Код места жительства по OKATO | Заполняется при наличии сведений |
| | OKATOR | У | T(11) | Код места пребывания по OKATO | Заполняется при наличии сведений |
| | COMENTP | У | T(250) | Служебное поле | |

Таблица Д.5 Структура файла с протоколом ФЛК

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--|---------------------|-----|--------|-------------------------|--|
| Корневой элемент (Сведения о медпомощи) | | | | | |
| FLK_P | FNAME | O | T(24) | Имя файла протокола ФЛК | |
| | FNAME_I | O | T(24) | Имя исходного файла | |
| | PR | HM | S | Причина отказа | В файл включается информация обо всех обнаруженных ошибках |
| Причины отказа | | | | | |
| PR | OSHIB | O | N(3) | Код ошибки | В соответствии с классификатором Q004 |
| | IM_POL | У | T(20) | Имя поля | Имя поля, содержащего ошибку. |

| | | | | | |
|--|---------|---|--------|--------------------------------|---|
| | | | | | Не заполняется только в том случае, если ошибка относится к файлу в целом |
| | BAS_EL | У | T(20) | Имя базового элемента | Имя базового элемента для поля, в котором обнаружена ошибка |
| | N_ZAP | У | T(36) | Номер записи | Номер записи, в одном из полей которого обнаружена ошибка |
| | IDCASE | У | N(11) | Номер записи в реестре случаев | Номер случая, в котором обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «SLUCH», в том числе во входящих в него услугах) |
| | IDSERV | У | T(36) | Номер записи в реестре услуг | Номер услуги, в которой обнаружена ошибка (указывается, если ошибка обнаружена внутри тега «USL») |
| | COMMENT | У | T(250) | Комментарий | Описание ошибки. |

Таблица Д.6 Файл с дополнительной информацией, учитывающей специфику оплаты медицинской помощи в Кировской области

Имя формируется по тому же принципу, что и основной файл, за исключением первого символа: вместо H, T или X указывается D.

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|---|---------------------|-----|--------|-------------------------------------|--|
| Корневой элемент (Дополнительная информация и информация об экспертизах) | | | | | |
| DI_List | ZGLV | O | S | Заголовок файла | Информация о передаваемом файле |
| | SluchDI | OM | S | Дополнительная информация по случаю | Заполняется стороной, выставившей счет (МО/ТФОМС) |
| | Eksp | УМ | S | Информация об экспертизах | Заполняется плательщиком счета (СМО/ТФОМС) |
| ZGLV | VERSION | O | T(5) | Версия взаимодействия | Текущей редакции соответствует значение «1.0» |
| | DATA | O | D | Дата | В формате ГГГГ–ММ–ДД |
| | FILENAME | O | T(26) | Имя файла | Имя файла без расширения |
| | FILENAME1 | O | T(26) | Имя основного файла | Имя основного файла, с которым связан данный файл, без расширения |
| | CODE | O | N(8) | Код счета | Код счета, для которого передается дополнительная информация и информация об экспертизах |
| Дополнительная информация | | | | | |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|--------------------------------|--|
| SluchDI | IDCASE | У | N(8) | Номер записи в реестре случаев | |
| | PovodObraj | У | N(2) | Повод обращения | PovodObraj.Kod 1 – лечебно-диагностический, 2 –патронаж, 3 – диспансерное наблюдение, 4 – целевой профилактический осмотр, 5 – комплексный профилактический осмотр, 6 – профессиональный осмотр перед поступлением на работу, 7 – профессиональный периодический осмотр, 8 – реабилитационный, 9 – регистрация заболевания (травмы), 10 – протезно-ортопедический, 11 – прочий, 12 – диспансеризация взрослого населения 1 этап, 13 – диспансеризация взрослого населения 2 этап, 14 – диспансеризация детей 1 этап, 15 – диспансеризация детей 2 этап, 16 – медицинский осмотр профилактический (1 этап), 17 – медицинский осмотр предварительный (1 этап), 18 – медицинский осмотр периодический (1 этап), 19 – неотложная помощь, 20 – медицинский осмотр профилактический (2 этап), 21 – медицинский осмотр предварительный (2 этап), 22 – медицинский осмотр периодический (2 этап), 23 – несчастный случай (СМП), 24 – острое внезапное заболевание (СМП), 25 – обострение хронического заболевания (СМП), 26 – патология беременности (СМП), 27 – роды (СМП), 28 – плановая перевозка (СМП), 29 – экстренная перевозка (СМП), 30 – назначение (СМП), 31 – другое (СМП). Поле обязательно для заполнения по условиям оказания медицинской |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|---|
| | | | | | помощи «Поликлиника», «Скорая медицинская помощь» |
| | GrZdor | У | N(1) | Группа здоровья | 1 – I группа, 2 – II группа, 3 – III группа, 4 – IV группа, 5 – V группа |
| | Student | У | N(1) | Студент очной формы обучения | =1 Указывается при наличии сведений, что пациент является студентом очной формы обучения |
| | NaprEtap2 | У | N(1) | Направлен на второй этап | =1 Указывается при направлении пациента на второй этап медицинского осмотра или диспансеризации |
| | IsNotOMS | У | N(1) | Признак того, что пациент не подлежит ОМС | =1 Только для ВМП. Пациент «в погонах» |
| | VMPNIB | У | T(17) | Номер талона ВМП | Пример: 33.0000.03721.135 |
| | VMPOMS | У | N(1) | Признак того, что оплата услуг по ВМП производится за счёт средств ОМС/бюджета | Только для ВМП. 1 – ВМП за счёт средств бюджета, 2 – ВМП за счёт средств ОМС |
| | VD | У | N(1) | Время доезда (СМП) | 1 – до 20 минут, 2 – от 21 до 40 минут, 3 – от 41 до 60 минут, 4 – более 60 минут |
| | VV | У | N(1) | Время на выезд (СМП) | 1 – до 20 минут, 2 – от 21 до 40 минут, 3 – от 41 до 60 минут, 4 – более 60 минут |
| | TT | У | N(1) | Тип травмы (СМП) | 1 – производственная 2 – непроизводственная |
| | VT | У | N(2) | Вид травмы (СМП) | 1 – промышленная, 2 – сельскохозяйственная, 3 – строительная, 4 – транспортная, 5 – автодорожная, 6 – прочая, 7 – бытовая, 8 – уличная, 9 – школьная, 10 – спортивная, 11 – отравление, 12 – утопление, 13 – суицид, 14 – пожар |
| | SMPO | УМ | N(2) | Осложнения (СМП) | 1 – клиническая смерть, 2 – шок, 3 – кома, 4 – сердечная астма, 5 – эмболия, 6 – отек легких, 7 – асфиксия, 8 – аспирация, 9 – острое кровотечение, 10 – коллапс, 11 – анурия, 12 – нарушение сердечного ритма, 13 – судороги, |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|--|
| | | | | | 14 – острая дыхательная недостаточность, 15 – синдром полиорганной недостаточности, 16 – психомоторное возбуждение, 17 – суицидальный настрой, 18 – энцефалопатия, 19 – токсикоз, 20 – другое |
| | AdresReg | У | T(400) | Адрес места жительства | При наличии сведений (текст через «,» (запятая)) |
| | KodProfilGG | О | N(4) | Профиль койки/ специальность врача | Ref_ProfilGG.Kod |
| | Birth | У | N(1) | Признак состоявшихся родов | =1 Поле обязательно для заполнения при состоявшихся родах (Указывается в истории болезни матери) |
| | KodFaktPlat | У | N(3) | Код фактического плательщика | Заполняется ТФОМС |
| | KodDRG | У | N(8) | Код КСГ | Заполняется ТФОМС |
| | ZarplV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Заработная плата | Заполняется ТФОМС |
| | NachZPV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Начисления на зарплату | Заполняется ТФОМС |
| | MInventV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Мягкий инвентарь | Заполняется ТФОМС |
| | AmortV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Амортизация оборудования | Заполняется ТФОМС |
| | MedikamV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Медикаменты | Заполняется ТФОМС |
| | PitanV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Питание | Заполняется ТФОМС |
| | NaklRashV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Накладные расходы | Заполняется ТФОМС |
| | KomUsIV | У | N(9.2) | Выставленная к оплате сумма по статье Коммунальные расходы | Заполняется ТФОМС |
| | SummaFD | У | N(9.2) | Сумма федеральной доплаты | Заполняется ТФОМС |
| | ZarplP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма по статье Заработная плата | Заполняется плательщиком |
| | NachZPP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма | Заполняется плательщиком |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|----------------------------------|---------------------|-----|--------|--|---|
| | | | | по статье Начисления на заработную плату | |
| | MInventP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма по статье Мягкий инвентарь | Заполняется плательщиком |
| | AmortP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма по статье Амортизация оборудования | Заполняется плательщиком |
| | MedikamP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма по статье Медикаменты | Заполняется плательщиком |
| | PitanP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма по статье Питание | Заполняется плательщиком |
| | NaklRashP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма по статье Накладные расходы | Заполняется плательщиком |
| | KomUslP | У | N(9.2) | Принятая к оплате сумма по статье Коммунальные расходы | Заполняется плательщиком |
| | DopInfo | У | T(400) | Служебное поле | |
| | UslDI | УМ | S | Дополнительная информация по услугам | Заполняется стороной, выставившей счет (МО/ТФОМС) |
| UslDI | IDSERV | O | T(36) | Номер записи в реестре услуг | |
| | Zub | УМ | N(2) | Номер зуба | Заполняется для стоматологической помощи при условии указания услуги с параметром «CheckKolZub=1» FSMedUsl.DopInfo (параметр CheckKolZub=1) |
| | PF | У | N(1) | Услуга выполнена за счет подушевого финансирования | =1 Заполняется ТФОМС |
| | KodProfilGG | O | N(4) | Профиль койки/специальность врача | Ref_ProfilGG.Kod |
| | DopInfo | У | T(400) | Служебное поле | |
| Информация об экспертизах | | | | | |
| Eksp | UrovEksp | O | N(1) | Уровень экспертизы | 1 – ТФОМС; 2 – СМО |
| | TipEksp | O | N(1) | Тип экспертизы | 1 – экспертиза; 2 – реэкспертиза; 3 – метаэкспертиза |
| | Etap | O | N(1) | Этап экспертизы | 1 – МЭК; 2 – МЭЭ; 3 – ЭКМП |
| | PlanEksp | O | N(1) | Плановая экспертиза | 0 – целевая; 1 – плановая |
| | TematEksp | O | N(1) | Тематическая экспертиза | 0 – нет; 1 – да |
| | NAkt | O | T(20) | Номер акта | В формате ППЭ.N, где ПП – идентификатор плательщика (ТФ, ИН, ММ, РГ, РО), Э – номер этапа экспертизы (1 – МЭК; 2 – МЭЭ; 3 – ЭКМП), |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------------------|---------------------|-----|---------|--|--|
| | | | | | N – произвольная комбинация букв, цифр и символов точка (.), уникальная для данного плательщика в течение отчетного года |
| | DAkt | O | D | Дата акта | В формате ГТТГ–ММ–ДД |
| | KodOtvIsp | O | N(6) | Ответственный исполнитель | Код исполнителя в соответствии с территориальным справочником исполнителей TRUsers.KodUser |
| | FinSank | O | N(14.2) | Финансовые санкции, наложенные на МО | |
| | Shtraf | O | N(14.2) | Штрафы, наложенные на МО | |
| | FinSankSMO | O | N(14.2) | Финансовые санкции, наложенные на СМО | |
| | ShtrafSMO | O | N(14.2) | Штрафы, наложенные на СМО | |
| | EkspSluch | OM | S | | |
| | Prim | H | T(50) | Примечание | |
| Экспертные случаи | | | | | |
| EkspSluch | IDCASE | У | N(8) | Номер записи в реестре случаев | |
| | NHISTORY | У | T(50) | Номер истории болезни/ талона амбулаторного пациента | |
| | PrichEksp | У | N(2) | Причина проведения целевой экспертизы (обязательно заполняется в случае проведения целевой экспертизы) | PrichEksp.Kod 1 – повторное обоснованное обращение по поводу одного и того же заболевания; 2 – заболевание с удлиненным или укороченным сроком лечения; 3 – получение жалоб от ЗЛ или его представителя; 4 – летальный исход при оказании медицинской помощи; 5 – внутрибольничное инфицирование и осложнение заболевания; 6 – первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей; 7 – по запросу других территорий; 8 – по претензии МО; 9 – другие причины |
| | OchEksp | O | N(1) | Очная экспертиза | 0 – нет; 1 – да |
| | PrichOtkaz | У | T(20) | Причины отказа | Справочник утвержден приказом ФФОМС от |

| Код элемента | Содержание элемента | Тип | Формат | Наименование | Дополнительная информация |
|--------------|---------------------|-----|--------|--|--|
| | | | | | 07.04.2011г. № 79. F014 Классификатор причин отказа в оплате медицинской помощи |
| | RezReeksp | У | N(1) | Результат реэкспертизы (обязательно заполняется для реэкспертиз) | 1 – необоснованно удержанная СМО с МО сумма; 2 – выявлены нарушения, не выявленные СМО; 3 – мнение эксперта ТФОМС совпало с мнением эксперта СМО |
| | FinSank | О | N(9.2) | Финансовые санкции, наложенные на МО | |
| | Shtraf | О | N(9.2) | Штраф, наложенный на МО | |
| | FinSankSMO | О | N(9.2) | Финансовые санкции, наложенные на СМО | |
| | ShtrafSMO | О | N(9.2) | Штраф, наложенный на СМО | |
| | KodIsp | У | N(5) | Исполнитель | Код исполнителя в соответствии с территориальным справочником исполнителей TRUsers.KodUser |
| | KodVneshIspE KMP | У | N(7) | Внештатный эксперт КМП (обязательно заполняется при проведении ЭКМП) | Код исполнителя в соответствии с реестром экспертов качества медицинской помощи ReestrEKMP.n_expert |
| | Prim | Н | T(50) | Примечание | |

Особенности формирования счетов:

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического осмотра», от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», а также спецификой оплаты медицинской помощи по виду помощи «высокотехнологичная специализированная медицинская помощь», медицинская организация направляет реестры оказанной медицинской помощи и счета за оказанную медицинскую помощь отдельно от реестров оказанной медицинской помощи по заболеванию.

Особенности заполнения элементов:

Ввиду отсутствия у медицинской организации на момент подачи счета достоверной информации о страховой принадлежности пациента, а так же учитывая возможность замены страховой медицинской организации застрахованным лицом в период оказания ему медицинской помощи, элемент ZAP должен содержать не более одного элемента SLUCH.

Все элементы, предполагающие дробное числовое значение, в качестве разделителя имеют «.» (точка).

Особенности передачи информации об экспертизах

При передаче информации о проведенных экспертизах, плательщик предоставляет информацию обо всех проведенных экспертизах, независимо от того были применены финансовые санкции или нет.

При предоставлении информации об экспертизах «Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи» может содержать только те элементы ZAP, PACIENT, SLUCH, по которым была проведена экспертиза.