

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 8
к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского
страхования на территории Краснодарского края
от 25 декабря 2018 года

« 10 » июля 2019 года

г.Краснодар

Уполномоченные представители сторон: председатель комиссии, министр здравоохранения Краснодарского края Е.Ф. Филиппов; директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, заместитель председателя комиссии Н.А. Губриева; начальник финансово-экономического управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края А.С. Дабахьян; начальник отдела ценообразования и экономического анализа Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края Т.А. Пименова; директор филиала общества с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование» в Краснодарском крае О.Д. Головенко; член Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника» министерства здравоохранения Краснодарского края С.А. Коровашкин; начальник финансово-экономического управления министерства здравоохранения Краснодарского края Л.Б. Морозова; член Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, заместитель главного врача ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края О.Т. Одноволов; председатель Краснодарской краевой организации профессионального союза работников здравоохранения Т.А. Петренко; заместитель министра здравоохранения Краснодарского края Т.А. Солоненко; директор Краснодарского филиала общества с ограниченной ответственностью «ВТБ Медицинское страхование» Л.А. Тарабара; член Краснодарской краевой общественной организации медицинских работников, главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края А.А. Тетенкова приняли настоящее дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования на территории Краснодарского края от 25 декабря 2018 года (далее - Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Уполномоченные представители сторон в порядке, определенном пунктом 5.6. Тарифного соглашения, достигли соглашения о внесении в него следующих изменений:

1.1. Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2019 г. № 440 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» установлены нормативы объема медицинской помощи для проведения профилактических осмотров, в том числе в рамках диспансеризации. Нормативы финансовых затрат на 2019 год для проведения профилактических медицинских осмотров установлены в размере 1021,50 рубля на 1 посещение.

На основании вышеизложенного внесены изменения в приложение №14 лист 3 «Тарифы на оплату законченных случаев профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

1.2. С 29 июня 2019 года вступил в законную силу приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019г. №36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – приказ № 36), которым утвержден новый порядок контрольно-экспертных мероприятий в сфере ОМС.

В связи с этим, внесены изменения в Приложение № 39 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) Тарифного соглашения и изложены в редакции приказа № 36.

1.3. В связи с вступлением в силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 108 от 28.02.2019 г. «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказа Территориального фонда ОМС Краснодарского края от 05.07.2019 года № 159-П «О порядке учета застрахованного прикрепленного населения на территории Краснодарского края с целью финансирования по подушевому нормативу», внесены изменения в Приложение № 40 Тарифного соглашения в сфере ОМС от 25 декабря 2018 года и наименование изложено в следующей редакции «Приложение № 40 лист 1 «Счет»».

Добавлены приложения: Приложение № 40 лист 2 «Счет на оплату по подушевому нормативу финансирования, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (прикрепленное население)», Приложение № 40 лист 3 «Счет на оплату по подушевому нормативу финансирования, оказывающей скорую медицинскую помощь (прикрепленное население)».

2. В остальной части Тарифное соглашение остается неизменным.

3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения от 25 декабря 2018 года.

4. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет свое действие:

- по п. 1.1 с 1 июля 2019 года;
- по п. 1.2. с 29 июня 2019 года;
- по п. 1.3. с 1 июля 2019 года.

Председатель комиссии,
министр здравоохранения
Краснодарского края

Е.Ф. Филиппов

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Краснодарского края,
заместитель председателя комиссии

Н.А. Губриева

Члены Комиссии:

Начальник финансово-экономического
управления Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Краснодарского края

А.С. Дабахьян

Начальник отдела ценообразования
и экономического анализа
Территориального фонда обязательного
медицинского страхования

Т.А. Пименова

Директор филиала общества
с ограниченной ответственностью
«Капитал Медицинское Страхование»
в Краснодарском крае

О.Д. Головенко

Член Краснодарской краевой общественной
организации медицинских работников,
главный врач государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Краевая клиническая стоматологическая
поликлиника» министерства здравоохранения
Краснодарского края

С.А. Коровашкин

Начальник финансово-экономического
управления министерства здравоохранения
Краснодарского края

Л.Б. Морозова

Член Краснодарской краевой общественной
организации медицинских работников,
заместитель главного врача государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Краевая клиническая больница № 2»
министерства здравоохранения
Краснодарского края



О.Т. Одноволов

Председатель Краснодарской краевой
организации профессионального союза
работников здравоохранения



Т.А. Петренко

Заместитель министра здравоохранения
Краснодарского края



Т.А. Солоненко

Директор Краснодарского филиала
общества с ограниченной ответственностью
«ВТБ Медицинское страхование»



Л.А. Тарабара

Член Краснодарской краевой общественной
организации медицинских работников,
главный врач государственного бюджетного
учреждения здравоохранения
«Детская городская клиническая
больница города Краснодара» министерства
здравоохранения Краснодарского края



А.А. Тетенкова

СОГЛАСОВАНО

Протокол заседания Комиссии по разработке
Территориальной программы обязательного
медицинского страхования

« 10 » 07 2019 г. № 8

Приложение № 1
к дополнительному соглашению от 10.01.19г.
№ 8 к Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского страхования на
территории Краснодарского края от
25.12.2018г.

Приложение № 14 лист 3 к
Тарифному соглашению в сфере
обязательного медицинского страхования на
территории Краснодарского края от
25.12.2018г.

**Тарифы на оплату законченных случаев профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
с 1 июля 2019 года**

№ п/п	Возрастные периоды	Тариф законченного случая (мальчики), рублей	Тариф законченного случая (девочки), рублей
1	Новорожденные	367.86	367.86
2	1 месяц	1864.69	1864.69
3	2 месяца	542.86	542.86
4	3 месяца	564.21	564.21
5	4 месяца	367.86	367.86
6	5 месяцев	367.86	367.86
7	6 месяцев	367.86	367.86
8	7 месяцев	367.86	367.86
9	8 месяцев	367.86	367.86
10	9 месяцев	367.86	367.86
11	10 месяцев	367.86	367.86
12	11 месяцев	367.86	367.86
13	12 месяцев	1715.12	1715.12
14	1 год 3 месяца	367.86	367.86
15	1 год 6 месяцев	367.86	367.86
16	2 года	485.4	485.4
17	3 года	1800.44	1810.45
18	4 года	485.4	485.4
19	5 лет	485.4	485.4
20	6 лет	2702.85	2712.86
21	7 лет	1334.11	1334.11
22	8 лет	485.4	485.4
23	9 лет	485.4	485.4
24	10 лет	1912.95	1912.95
25	11 лет	485.4	485.4
26	12 лет	485.4	485.4
27	13 лет	660.72	660.72
28	14 лет	722.24	732.25
29	15 лет	3059.25	3069.26
30	16 лет	2601.22	2611.23
31	17 лет	2849.25	2859.26

Начальник финансово-экономического управления
министерства здравоохранения Краснодарского края

Начальник финансово-экономического управления
Территориального фонда ОМС Краснодарского края




Л.Б. Морозова

А.С. Лабахьян

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к дополнительному соглашению от
10.07.2019г. № 8 к Тарифному
соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 39
к Тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

**Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи
(уменьшения оплаты медицинской помощи) с 29 июня 2019 года**

№ п/п	Перечень оснований	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи*	Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременно е оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**
Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц			
1.1.	Нарушение прав застрахованных лиц на получение медицинской помощи в медицинской организации, в том числе:		
1.1.1.	на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;	-	30%
1.1.2.	на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;	-	30%
1.1.3.	нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, времени доезда бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы,	-	30%

	при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		
1.1.4.	невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения;		
1.2.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.2.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, не создавшие риск возникновения нового заболевания;	-	100%
1.2.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания.	-	300%
1.3.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в бесплатном оказании медицинской помощи при наступлении страхового случая за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе:		
1.3.1.	не повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, не создавший риска прогрессирования имеющегося заболевания, не создавший риска возникновения нового заболевания;	-	100%
1.3.2.	повлекший за собой ухудшение состояния здоровья, в том числе приведшие к инвалидизации, либо создавший риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавший риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица, оформленного в установленном порядке).	-	300%
1.4.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.	100%	100%
1.5.	Приобретение пациентом, или лицом, действующим в интересах пациента, в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и/или медицинских изделий, включенных в перечень	50%	50%

	медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.		
Раздел 2. Отсутствие информированности застрахованного населения			
2.1.	Отсутствие официального сайта медицинской организации в сети Интернет.	-	100%
2.2.	Отсутствие на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет следующей информации:		
2.2.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	30%
2.2.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	30%
2.2.3.	о видах оказываемой медицинской помощи;	-	30%
2.2.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	30%
2.2.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	30%
2.2.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.	-	30%
2.3.	Отсутствие информационных стендов в медицинских организациях.	-	100%
2.4.	Отсутствие на информационных стендах в медицинских организациях следующей информации:		
2.4.1.	о режиме работы медицинской организации;	-	30%
2.4.2.	об условиях оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках ожидания медицинской помощи;	-	30%
2.4.3.	о видах оказываемой медицинской помощи в данной медицинской организации;	-	30%

2.4.4.	о критериях доступности и качества медицинской помощи;	-	30%
2.4.5.	о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;	-	30%
2.4.6.	о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.	-	30%
Раздел 3. Нарушения при оказании медицинской помощи			
3.1.	Случаи нарушения врачебной этики и деонтологии медицинскими работниками (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).	10%	100%
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, в том числе рекомендациями по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций / консилиумов с применением теле медицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	10%	-
3.2.2.	приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	30%	-
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 медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	40%	-
3.2.4.	приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	90%	100%
3.2.5.	приведших к летальному исходу (за исключением	100%	300%

	случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях).		
3.2.6.	Рекомендации медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;		
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи мероприятий:		
3.3.1.	приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшие риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшие риск возникновения нового заболевания (за исключения случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);		
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, в установленных законодательством Российской Федерации случаев).	50%	-
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение тридцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, стационарно (повторная госпитализация); повторный вызов скорой медицинской помощи в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова.	30%	-
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	80%	100%

3.7.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре.	70%	30%
3.8.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.	60%	-
3.9.	Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.		
3.10.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение аналогичных лекарственных препаратов, связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию оказания медицинской помощи.	30%	-
3.11.	Невыполнение по вине медицинской организации патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.		
3.12.	Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2 - 3 категории вследствие нарушений при оказании медицинской помощи, установленных по результатам экспертизы качества медицинской помощи.	90%	100%
Раздел 4. Дефекты оформления медицинской документации в медицинской организации			
4.1.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.	100%	100%
4.2.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	10%	-
4.3.	Отсутствие в документации информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством	10%	-

	Российской Федерации случаях.		
4.4.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, "вклейки", полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).	50%	-
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).	100%	-
4.6	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
4.6.1.	Некорректное применение тарифа, требующее его замены по результатам экспертизы;	страховая медицинская организация осуществляет оплату медицинской помощи с учетом разницы тарифа, предъявленного к оплате, и тарифа, который следует применить.	30%
4.6.2.	Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	100%	100%
Раздел 5. Нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов			
5.1.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
5.1.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	100%	-
5.1.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	100%	-
5.1.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение;	100%	-

5.1.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	100%	-
5.1.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	100%	-
5.1.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты.	100%	-
5.2.	Нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации, в том числе:		
5.2.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией;	100%	-
5.2.2.	введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе и т.д.);	100%	-
5.2.3.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи застрахованному лицу, получившего полис обязательного медицинского страхования на территории другого субъекта Российской Федерации;	100%	-
5.2.4.	наличие в реестре счета неактуальных данных о застрахованных лицах;	100%	-
5.2.5.	включение в реестры счетов случаев оказания медицинской помощи, предоставленной категориям граждан, не подлежащим страхованию по обязательному медицинскому страхованию на территории Российской Федерации.	100%	-
5.3.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования, в том числе:		
5.3.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в Территориальную программу обязательного медицинского страхования;	100%	-
5.3.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования;	100%	-
5.3.3.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования (тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом социального страхования).	100%	-

5.4.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
5.4.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, отсутствующим в тарифном соглашении;	100%	-
5.4.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в тарифном соглашении.	100%	-
5.5.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелицензированных видов медицинской деятельности, в том числе:		
5.5.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	100%	-
5.5.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения в установленном порядке действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;	100%	-
5.5.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности и др. (по факту выявления, а также на основании информации лицензирующих органов);	100%	-
5.6.	включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации по профилю оказания медицинской помощи.	100%	-
5.7.	Нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
5.7.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	100%	-
5.7.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	100%	-
5.7.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	100%	-
5.7.4.	Стоимость медицинской услуги включена в норматив	100%	-

	финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования;		
5.7.5.	включения в реестр счетов медицинской помощи: - амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара, дневного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, дневного стационара, а также консультаций в других медицинских организациях); - дней лечения застрахованного лица в условиях дневного стационара в период пребывания пациента в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях);	100%	-
5.7.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	100%	-
5.8.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом.	100%	-

* - размера тарифа на оплату медицинской помощи, действующего на дату оказания медицинской помощи;

** - Размер штрафа исчисляется:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - от подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - от подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

3) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания – от подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара и в условиях дневного стационара – от подушевого норматива финансирования, установленного в соответствии с территориальной программой на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля.

Начальник финансово-экономического
управления министерства здравоохранения
Краснодарского края

 Л.Б. Морозова

Начальник финансово-экономического
управления Территориального фонда ОМС
Краснодарского края

 А.С. Дабахьян

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к дополнительному соглашению №8 от 10.07.2018г.
к Тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 40 лист 1
к Тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

Поставщик _____

Плательщик _____

Расчетный счет: _____

Расчетный счет: _____

Адрес: _____

Адрес: _____

СЧЕТ № _____ от _____ г.

к реестру счетов № _____ от _____ за _____

Предмет счета	Наименование	Един. изм.	Количество	Сумма, руб.
1	2	3	4	5
Медицинская помощь, оказанная гражданам	Стационар	Случаи койко-день		
	в том числе высокотехнологичная медицинская помощь	Случаи койко-день		
	Дневной стационар	Случаи пациенто-день		
	Стационар дневного пребывания	Случаи пациенто-день		
	Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	посещение		
	Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью	посещение		
	Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	посещение		
	Диспансеризация определенных групп взрослого населения	посещение		
	Профилактические медицинские осмотры взрослых	посещение		
	Посещения с профилактическими и иными целями	посещение		*
	в том числе разовые посещения по заболеванию	посещение		*
	Обращения в связи с заболеваниями	обращение		*
	Поликлиника (прикрепленное население)	человек		
	Неотложная помощь	посещение		
	Диагностические исследования, оплачиваемые по тарифам (лабораторные и инструментальные)	услуга		
	Стоматология (посещение с профилактическими и иными целями)	посещение		**
	в том числе разовые посещения по заболеванию	посещение		**
	Стоматология (обращения в связи с заболеваниями)	обращение		**
	Стоматология	УЕТ		
	Скорая медицинская помощь	вызов человек		

* для медицинских организаций, в которых оплата первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, сумма не указывается. Общая сумма подушевого финансирования указывается в строке "Поликлиника (прикрепленное население), человек".

** сумма за оказанную стоматологическую помощь указывается по строке "Стоматология, УЕТ"

Итого:

Главный врач _____

(подпись) МП

Главный бухгалтер _____

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к дополнительному соглашению №8 от 10.01.19,
к Тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 40 лист 2

к Тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

Поставщик:
Расчетный счет:
Адрес:

Плательщик:
Расчетный счет:
Адрес:

Счет № _____ от _____ г.

на оплату по подушевому нормативу финансирования, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных
условиях(прикрепленное население)

Наименование	Количество чел.	Тариф	руб.	Сумма.	руб.
1	2	3		4	
Подушевое финансирование медицинской организации в т.ч.:					
мужчины 0-1					
женщины 0-1					
мужчины 1-4					
женщины 1-4					
мужчины 5-17					
женщины 5-17					
мужчины 18-59					
женщины 18-54					
мужчины от 60					
женщиныот 55					
		Итого			

Итого:

Главный врач _____

Гл. бухгалтер _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к дополнительному соглашению №8 от 10.07.19г.
к Тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 40 лист 3
к Тарифному соглашению в сфере обязательного
медицинского страхования на территории
Краснодарского края от 25.12.2018г.

Поставщик:
Расчетный счет:
Адрес:

Плательщик:
Расчетный счет:
Адрес:

Счет № _____ от _____ г.

на оплату по подушевому нормативу финансирования, оказывающей скорую медицинскую помощь (прикрепленное население)

Наименование	Количество чел.	Тариф руб.	Сумма руб.
1	2	3	4
Подушевое финансирование медицинской организации в т.ч.:			
мужчины 0-1			
женщины 0-1			
мужчины 1-4			
женщины 1-4			
мужчины 5-17			
женщины 5-17			
мужчины 18-59			
женщины 18-54			
мужчины от 60			
женщины от 55			
		Итого	

Итого:

Главный врач _____

Гл. бухгалтер _____